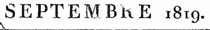
NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE, CHIRURGIE, PHARMACIE, etc.,

Rédigé par MM. BECLARD, CHOMEL, Hippolyte CLOQUET, Jules CLOQUET, ORFILA et ROSTAN.

Faisant suite au Journal de MM. CORVISART, LEROUX et BOYER.

Opinionum commenta delet dies, naturæ judicia confirmat.
Cic., *de Nat. Deor.*



SEPTEMBRE 1819.

TOME VI.

A PARIS,

Chez MIGNERET, Imprimeur, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20;
CROCHARD, Libraire, rue de Sorbonne, N.° [illegible]

1819.

JOURNAL
DE MÉDECINE, CHIRURGIE, PHARMACIE, etc.

SEPTEMBRE 1819.

OBSERVATION

D'UNE FIÈVRE ADYNAMO-ATAXIQUE;

Recueillie à l'hôpital de la Charité, dans la salle de M. Lerminier, *par M.* Noverre, *médecin.*

Un commisionnaire, âgé de vingt-trois ans, bien conformé et d'une constitution robuste, au moment d'une forte transpiration, but quelques verres d'une bierre très-froide.

Dès le lendemain, c'était le quatre juillet, fièvre sans frisson, mais caractérisée par la chaleur brûlante de la peau, l'accélération du pouls, une vive altération.

Mêmes symptômes pendant cinq jours, puis légère douleur du ventre avec diarrhée.

Il fait usage d'une tisanne d'orge, et entre à la Charité le 15 juillet, le onzième jour de la maladie.

Alors tels étaient les symptômes : état de prostration générale qui engageait le malade à rester sur le dos; lassitude dans les membres.

Céphalalgie sus-orbitaire, tintemens d'oreilles, yeux légèrement injectés, langue rouge généralement, et disposée à la sécheresse; inappétence, désir des boissons acidules, et en grande quantité: ventre souple généralement, indolent; quelques selles en dévoiement.

Poitrine généralement sonore et sans douleur.

Pouls fréquent, développé et dur.

Rougeur, tuméfaction légère du visage, chaleur vive de la peau, qui était couverte d'une sueur abondante. (*4 sangsues derrière chaque oreille; orge éd.; riz, sirop de gomme; diète rigoureuse.*)

Le 17, céphalalgie plus intense, langue moins sèche et moins rouge, pouls toujours dur. (*Même prescription que la veille.*)

Le 18 et 19, même état.

Le 20, légère prostration des forces, faiblesse et mollesse remarquables du pouls, sécheresse commençante de la peau, langue toujours rouge, ventre douloureux vers la région cœcale, cinq selles en dévoiement. (*Eau de riz acidulée avec le jus de citron, éd. avec le sirop de gomme; potion gommeuse; diascordium, un gros; deux sinapismes aux pieds.*)

Le 21, humidité, rougeur moins vive de la langue; mais léger ballonement de l'abdomen, chaleur âcre de la peau; pouls fréquent, faible, mais régulier; pâleur de la face, regard fixe, air étonné,

réponses lentes, un peu brusques. (*Même prescription.*)

Le 22, léger trouble dans les fonctions intellectuelles, lenteur, mais justesse dans les réponses; langue très-rouge et sèche, ventre sensible à la pression, météorisé, pouls intermittent. (*2 vésicatoires aux jambes; vin d'absinthe ℥ iv. Du reste, même prescription.*)

Le 23, délire pendant la nuit, loquacité fréquente, entrecoupée, incohérence dans les idées et les réponses; langue rouge, sèche, fendillée, tremblante, sortant avec peine de la bouche; léger enduit jaunâtre et croûteux des dents et des lèvres; ventre très-météorisé, sur-tout vers les hypochondres, douloureux à la région épigastrique, une seule selle en dévoiement.

Respiration courte, haute et laborieuse; pouls intermittent, facile à déprimer; sécheresse et chaleur vive de la peau. (*Décoc. de serpentaire, sirop de coings, acétate d'ammon.*, ʒ ij; *vésicatoire à la nuque, sinapisme sur l'épigastre.*)

Le 24, délire permanent, aspect terreux de la face dont tous les muscles ne cessent de se contracter comme dans le trismus; yeux brillans, constamment ouverts; regards fixes, égarés; langue croûteuse, fendillée, sans cesse agitée dans l'intérieur de la bouche; ventre douloureux, fortement balloné, sur-tout vers les hypochondres; diarrhée.

Respiration courte, précipitée, stertoreuse, entrecoupée de soupirs profonds.

Pouls très-fréquent, petit, mais d'une intermittence et d'une irrégularité remarquables.

Chaleur âcre de la peau avec sécheresse; soubresauts des tendons, carphologie. (*Application de la glace sur la tête, sinapismes aux genoux.*)

Le 25, exacerbation de tous les symptômes; mort le 26 juillet, le vingt-deuxième jour de la maladie.

Ouverture du cadavre, faite quatorze heures après la mort.

Trois onces de sang s'écoulèrent pendant la rupture du crâne.

Les vaisseaux qui rampent sur la surface du cerveau étaient modérément injectés, la substance de cet organe était molle et parsemée d'un grand nombre de vaisseaux gorgés de sang.

Les ventricules latéraux contenaient environ deux onces de sérosité sanguinolente qui remplisssait également le quatrième ventricule.

Le cervelet, la moëlle alongée étaient parfaitement sains. Le canal vertébral seulement parut contenir une assez grande quantité de sang noir.

Les poumons étaient sains dans toute leur étendue, entièrement libres de toute adhérence, excepté le droit, qui fut assez difficile à détacher vers sa partie postérieure.

Le péricarde était si intimement uni au cœur dans presque toute son étendue, qu'il fut impossible de l'en séparer. On observait seulement vers le bord

libre du ventricule droit une cavité qui pouvait contenir une petite *prune*, mais sèche et sans sérosité. Du reste, point de rougeur, point de fausses membranes, point de sérosité lactescente ; point de prolongemens ligamenteux. Le cœur et son enveloppe formaient un véritable tout continu.

Cet organe était proportionné à la taille du sujet ; son tissu était pâle et flasque. Les cavités droites contenaient un peu de sang liquide, le ventricule de ce côté renfermait une concrétion polypeuse d'un moyen volume.

L'aorte était d'un calibre médiocre, ses valvules n'offraient aucune ossification.

L'abdomen fortement distendu résonnait sous la percussion. A son ouverture, on trouva les gros intestins prodigieusement dilatés par des gaz, mais du reste, pâles, transparens et sains, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Tout le reste du tube intestinal était affaissé sur lui-même.

La muqueuse de l'estomac était généralement pâle, excepté vers le cardia, dans l'étendue de deux pouces environ, où l'on remarquait une rougeur fort légère et comme pointillée, qui ne disparut point après quelques lessives répétées.

Le duodénum et le jéjunum étaient intacts, mais l'iléon, quinze pouces avant son arrivée au cœcum et dans l'étendue de quatre ou cinq pouces seulement, était brun à l'extérieur, et l'endroit correspondant de la muqueuse était rouge, mais d'une

rougeur qui semblait produite par l'injection d'une multitude de vaisseaux qu'on aurait pour ainsi dire pu compter ou dessiner. Les parois de l'intestin étaient d'ailleurs transparentes, nullement épaissies, et ne présentaient aucune trace d'ulcérations. Les glandes mésentériques, au nombre de cinq, qui correspondaient à la portion d'iléon phlogosée, étaient augmentées de volume, durcies et légèrement gorgées de sang. Tous les autres viscères furent trouvés sains.

OBSERVATION

D'UNE INFLAMMATION DE L'OESOPHAGE ;

Recueillie à l'hôpital de la Charité, dans la salle de M. Lerminier.

Un jardinier, nommé Gabriel Rachat, âgé de cinquante-six ans, et d'une forte constitution, entre à l'hôpital de la Charité le 22 juillet 1819.

La cause de sa maladie était inconnue : l'invasion en avait été subite, c'est-à-dire que pendant la nuit du quinze juillet, ce malheureux avait été réveillé en sursaut par une violente douleur fixée derrière le sternum, dans toute la ligne médiane de la poitrine. Cependant elle se calma, et lui permit de goûter les douceurs du sommeil. Mais au réveil, elle existait encore plus vive que pendant la nuit. Elle était accompagnée de chaleur à la gorge, de

fièvre ; ce fut envain que Rachat voulut avaler quelques boissons ; la déglutition était impossible, et produisait les angoisses les plus vives. Le passage des solides était plus douloureux encore, sans être moins pénible.

Ces symptômes existaient depuis sept jours, lorsque cet homme, qui n'avait fait aucun traitement, fut reçu dans la salle Saint-Louis, et placé au numéro 46.

Voici ce qu'on observa :

Une face rouge, animée, mais exprimant l'inquiétude et la douleur ;

Une langue humide, mais rouge sur ses bords et vers sa pointe, et dont la base était chargée d'un enduit gris jaunâtre ;

Une sensation de chaleur et d'irritation de l'arrière-bouche, qui n'offrait ni tuméfaction ni rougeur ;

Une douleur des plus vives, occupant la ligne médiane du col et de la poitrine dans la direction connue de l'œsophage, douleur qui paraissait s'arrêter au cardia, de telle sorte que le ventre, généralement souple, pouvait impunément supporter les plus fortes pressions. Elle était accompagnée d'une espèce de spasme général et d'une anxiété qui augmentait d'une manière effrayante toutes les fois que ce malheureux voulait avaler une gorgée de liquide. En effet, la déglutition était pénible, douloureuse, je dirais presque impossible, puisque les liquides ne pouvaient descendre dans la cavité

de l'estomac, qu'après une longue suite d'efforts qui faisaient peine à voir.

La voix paraissait légèrement voilée, mais la respiration était libre, la poitrine généralement sonore, sans douleur, et le malade ne souffrait point.

La chaleur de la peau était halitueuse, le pouls assez large, développé en apparence, mais mou. (16 *sangsues sur les parties inférieures et latérales du col, tisane adoucissante, 2 pédiluves sinapisés.*)

Le 23, diminution fort légère de la douleur; du reste, même état; constipation depuis deux jours. (*Saignée du bras, 4 pal.; 12 sangsues au col, lavement purgatif, limon. végétale, 2 sinapismes.*)

Le 24, soulagement marqué; la voix a repris son timbre naturel; la déglutition semble moins pénible, moins douloureuse, et le pouls présente une dureté plus marquée que les jours précédens. (12 *sangsues au cou.*)

Le 25, aucun changement notable. (*Saignée du pied; adouc.; lavem. purg.*)

Le 26, la déglutition est toujours pénible; elle s'exécute sans douleur. (16 *sangsues de chaque côté du thorax, péd. sin., ad., trois bouillons.*)

Le 27, l'œsophage laissait passer les liquides comme avant la maladie. On permit quelques alimens. (3 *vermicelles.*)

Le 28, véritable état de convalescence, qui persiste le 29 et le 30.

Bientôt après, le malade sort parfaitement guéri. PAR LE MÊME.

OBSERVATION

SUR UNE PERFORATION DE L'ESTOMAC;

Par le docteur DESGRANGES, *médecin à Lyon.*

UNE femme qu'on jugea enceinte de six mois, fut trouvée chez elle sans connaissance. On ne put se procurer aucun renseignement sur les causes de sa situation. *On soupçonna* qu'elle avait voulu s'empoisonner avec de l'eau dite de *Javel.* C'est tout ce qu'on put savoir.

Son état présentait quelques symptômes de l'inflammation des méninges, comme mouvemens convulsifs, un peu de paralysie dans l'un des bras, les pupilles dilatées, etc. Elle fut portée dans un hôpital, et mourut peu d'instans après. On fit l'opération césarienne au moment même que la femme expira. On retira un fœtus mort qu'on estima de cinq mois.

En examinant les viscères du bas-ventre, on trouva une *perforation de l'estomac* qui fut regardée comme indépendante de la cause de mort de cette femme, et nullement produite par l'*eau de Javel*, qu'on *soupçonnait* qu'elle avait bue. La perforation était ronde, avec des bords amincis, le diamètre d'une pièce de quarante sous, et placée au

milieu de la grande courbure de l'estomac. Ce viscère était flasque, mou, très-mince, ne présentant aucun signe d'inflammation, et ne contenant presque aucune substance.

Il n'y avait point d'épanchement dans l'abdomen; les intestins ne montraient également aucune trace de phlogose, ni la moindre teinte rouge. La bouche et l'œsophage étaient parfaitement sains, comme chez une personne qui n'aurait bu que de l'eau pure.

L'autopsie de la tête fit voir une inflammation générale des méninges, et du pus sur toute l'étendue de l'arachnoïde, même à sa base.

Nota. M. le docteur Desgranges accompagne cette observation de réflexions intéressantes; mais comme elles sont fondées sur la simple supposition que la malade s'est empoisonnée avec de l'eau de Javel, nous nous abstenons de les publier. En pareille circonstance, il faut nécessairement que l'existence du poison et sa nature soient démontrées, avant de disserter sur sa manière d'agir. Les réflexions de M. Desgranges pourront trouver leur place ailleurs; nous nous bornons à donner ici son observation, que nos lecteurs apprécieront.

L'auteur nous en fait espérer une autre sur une perforation spontanée de l'estomac; nous nous empresserons de la faire connaître lorsqu'elle nous sera parvenue.

APERÇU

SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA MÉDECINE DANS LES PORTS DU LEVANT;

Par M. LEGRAND, *docteur en médecine, etc.*

(SUITE.)

Médecine. — LE traitement des maladies internes porte l'empreinte de l'ignorance. Le médecin indigène n'a aucune donnée sur leurs véritables causes. Il ne connaît nullement les désordres des tissus et les affections organiques que trop souvent il développe par une médication empirique et perturbatrice. Un Grec qui pratiquait la médecine aux environs du golfe de Macri (Caramanie), vint me consulter à bord sur les maladies qui y régnaient. Il voyait constamment les fièvres intermittentes qui y sont très-communes, se terminer par l'hydropisie. Descendu à terre, je visitai plusieurs de ses malades; tous avaient un teint pâle et blafard : ils étaient étiolés. La fièvre se compliquait d'obstructions et d'empâtement aux glandes du mésentère, au pancréas et à la rate. La fibre lâche permettait des infiltrations qui se manifestaient chez les uns, dans les membres, chez d'autres, dans la cavité abdominale. Le traitement était uniforme : toujours des drastiques violens, quels que fussent le degré de la maladie, l'âge, la complexion, le sexe de l'individu. Les

femmes, dans le dernier état de la grossesse, étaient pareillement soumises à l'action des médicamens les plus actifs. Aussi ce Grec m'avoua-t-il niaisement que les accouchemens toujours laborieux entraînaient à la mort un grand nombre de ces femmes, malgré les purgatifs réitérés qu'il employait. Quel conseil donner à un pareil individu dépourvu des moindres notions médicales !.... Je lui recommandai l'inaction.

Cet usage des purgatifs est très-répandu parmi les Orientaux, et le purgatif le meilleur est celui qui secoue le plus fortement le malade. Un Grec, à Larnaca, demanda en ma présence et avec instance un second purgatif, celui qu'il avait pris la veille n'ayant donné lieu qu'à quatre selles. Ces moyens sont généralement employés dans le dessein de prévenir les maladies, tandis qu'ils ne peuvent que les provoquer; sur-tout à Larnaca, à Macri, à Alexandrette, à Smyrne, à Salonique, etc., qui offrent des marécages étendus, sources de fièvres intermittentes endémiques.

Si les purgatifs sont d'un usage très-répandu, les lavemens au contraire sont totalement négligés, et ne peuvent être même indiqués au Musulman, qui prend toujours en mauvaise part la proposition d'un tel remède.

Un Turc chargé de diriger la coupe des bois, sur les bords du golfe de Macri, me présenta un squirrhe du pylore. Sa maladie, méconnue jusqu'alors, n'avait été combattue que par des remèdes qui, bien loin de calmer l'état alarmant dans lequel je le trou-

vai, ne faisaient que l'aggraver chaque jour. Les amulettes jouaient aussi un grand rôle. Sa maladie datait depuis deux ans. Les vomissemens se répétaient fréquemment. L'estomac ne pouvait rien supporter. Les douleurs du pylore devenaient, de jour en jour, plus vives et plus fatigantes; les rapports étaient acides; les matières vomies infectes; la constipation opiniâtre; le marasme et la petitesse du pouls accompagnaient cet état. Les médicamens que j'employai pendant notre station de douze jours, et parmi lesquels les opiacés tinrent le premier rang, firent cesser le vomissement, et amenèrent un calme qui, depuis long-temps, avait abandonné le malade.

Il n'est aucun pays où l'on révère davantage les maniaques que dans les contrées orientales. Entièrement libres, ils parcourent les rues souvent dans un état de nudité (1). Loin d'être contrariés dans leur marche, ils sont traités avec commisération et même avec respect. Si on les renferme, c'est lorsque l'on craint leurs accès furieux. Mais alors au lieu d'avoir recours, comme nous, à la simple réclusion et au gilet de force, on les charge le plus souvent de chaînes comme des criminels.

J'ai visité près de l'hyppodrôme, ou place de l'Atmeydan, à Constantinople, une maison qui leur est destinée. Autour d'une cour assez vaste, on voit une vingtaine de cellules recevant le jour par une

(1) J'en ai vu des exemples dans la Syrie, l'Egypte, Tunis, Smyrne, Constantinople, etc.

grande fenêtre grillée en fer. Il s'y trouvait une douzaine de maniaques logés chacun dans une cellule particulière. Un d'eux était retenu sur un lit de planches, au moyen d'un collier de fer auquel s'attachait une très-forte chaîne. Trois autres me parurent dans un état d'idiotisme complet. Presque entièrement nus, exposés à l'air et étendus sur le sol, ils m'offrirent un tableau bien affligeant pour l'humanité.

Dans l'hôpital grec de Smyrne, se trouve aussi une petite enceinte où sont quelques loges destinées aux maniaques. On y en voyait un assez grand nombre, lorsque je visitai ce local : un seul maniaque était reclus sans le secours d'aucun lien. Les autres jouissaient d'une pleine et entière liberté. Là, comme à Constantinople, on ne soumet à aucun traitement le malheureux aliéné. Il doit mourir dans ce réduit, à moins que la nature ne fasse, en sa faveur, un effort salutaire.

Les lépreux ne reçoivent pas plus de secours que les précédens. Dans la plupart des villes de l'Orient, on les rejette de la société, et on les force à s'isoler dans des masures où ils trouvent à peine un abri contre les injures de l'air. Ils sont repoussés avec dédain et horreur, comme des hommes marqués du sceau de la réprobation, sans que l'on songe à les guérir. J'en ai rencontré plusieurs qui vivaient d'aumônes.

Chirurgie. — La chirurgie n'est pas plus avancée dans le Levant que la médecine. L'impossibilité de

cacher les résultats d'une opération fait qu'on ne s'en occupe guère. On n'y observe que très-peu d'amputés. Cependant on pratique la taille avec une dextérité inconcevable, et avec un seul bistouri. Les opérateurs parcourent les rues et offrent hautement aux calculeux leurs services. Je n'ai pas eu occasion de les voir opérer, mais j'ai rencontré maintes fois des guérisseurs qui portaient une caisse contenant des bandes, des onguens, et divers ingrédiens, et qui s'annonçaient au public comme de bons médecins (*Callos jatros*).

Semblables aux médecins, les chirurgiens grecs n'ont aucune notion d'anatomie, et généralement de l'art de guérir. Ils ne connaissent que les onguents, les emplâtres, quelques drogues, et les amulettes. Ils appliquent beaucoup de sétons, de cautères, font usage de l'huile, et tamponnent toutes les plaies profondes.

Un Grec réclama mes soins à Smyrne. Il présentait huit sinus à l'avant-bras gauche et à la main, avec un gonflement excessif. Ils étaient le résultat de plusieurs abcès profonds. Ceux de la main, d'une longueur de trois pouces, se dirigeaient vers le poignet. Ceux de l'avant-bras en avaient cinq à six, et suivaient la direction des muscles. Les abcès avaient été la conséquence d'une chute faite sur le pouce. L'intérieur des plaies était occupé par des tampons qui empêchaient l'issue du pus, et en aggrandissaient chaque jour les dimensions. L'enlèvement de ces tampons, plusieurs contre-ouvertures,

des pansemens méthodiques donnèrent lieu, dans quelques jours, à la disparition de la tuméfaction, à l'adhésion des foyers et à la cicatrisation complète.

Aux Dardanelles, j'ai vu un Drogman atteint, depuis deux ans, d'une luxation du fémur en haut et en arrière. Le raccourcissement du membre, la position du grand trochanter en avant, la saillie de la fesse, la direction de la poiute du pied en dedans suffisaient pour caractériser la maladie et indiquer la nécessité d'y remédier. Cependant des emplâtres furent appliqués dès le principe sur le grand trochanter, et long-temps continués. Aussi ce turc ne pouvait-il marcher qu'à l'aide de deux béquilles.

Un capitaine grec avait une fracture de la première phalange du pouce droit avec plaie, depuis douze jours. Elle provenait d'une chute. Un bout de la phalange sorti par la plaie fut réduit par le blessé. Le lendemain, un chirurgien grec introduisit dans la blessure un tampon de charpie, très-dur et très-épais, et le renouvela pendant onze jours. Avec une telle conduite ne devait-on pas s'attendre aux accidens inflammatoires les plus graves? C'est en effet ce qui arriva. La tension, la douleur, le gonflement survinrent d'une manière intense. Ils déterminèrent un point gangréneux. Cet individu m'étant alors présenté, je m'empressai de donner à son traitement une nouvelle direction, et bientôt les douleurs et le gonflement se dissipèrent; les fragmens prirent de jour en jour plus de solidité, et avant deux mois, il fut entièrement guéri.

M. Calvet, chirurgien entretenu de la marine, m'a rapporté un fait qui vient à l'appui des précédens. Il s'agit d'un matelot français qui, se trouvant à Milo en décembre 1817, tomba du haut du grand mât dans la cale de la felouque la Notre-Dame du Salut, sur laquelle il était embarqué. Il se fractura la jambe gauche vers sa partie moyenne. Le médecin grec qui fut appelé mit un appareil, dont la principale pièce était une corde au moyen de laquelle il serra tellement le membre malade, qu'au bout de quelques jours la gangrène s'en empara. M. Calvet le visita le vingtième jour après l'accident. Il trouva la jambe totalement sphacélée, et il ne vit d'autre moyen de conserver les jours du malade que l'amputation de la cuisse, qu'il conseilla et pratiqua avec succès.

En général, les Orientaux redoutent l'application de l'instrument tranchant, et lorsqu'il s'agit d'une grande opération, ils rendent en quelque sorte responsable le médecin qui l'entreprend. C'est sans doute en grande partie à cette responsabilité que l'on doit attribuer la réserve des médecins francs. Pourquoi se rendraient-ils garans du succès d'une opération, lorsque celle-ci n'offre souvent que des résultats incertains? Ils voient donc la maladie suivre sa marche, s'aggraver, et conduire l'individu à une mort assurée, sans pouvoir, ni oser y porter le seul soulagement indiqué par l'art. La crainte de l'instrument tranchant m'a été bien confirmée par un musulman, âgé de cinquante ans, qui portait depuis

plusieurs années un carcinome considérable, et du volume de la tête d'un adulte, le long du dos et entre les épaules. Il habitait Constantinople. M. Auban, appelé auprès de lui, reconnaît bientôt le véritable caractère de la tumeur qui offrait un pédicule de sept à huit pouces de circonférence. Il en propose l'ablation au moyen de l'instrument. Il fait connaître la promptitude de l'opération, le peu de douleur qui doit s'en suivre, les chances avantageuses d'une guérison prompte. Tout est inutile. Le malade veut être guéri par un autre moyen. M. Auban en fait alors la ligature qu'il a soin de serrer chaque jour, et ce turc a la patience de conserver cette tumeur en putréfaction pendant trente-cinq jours. Le pédicule n'offrait, à cette époque, qu'une circonférence de deux pouces, et c'est alors que M. Auban en acheva en ma présence la section avec un bistouri, sans que le turc s'en doutât, et sans aucune effusion de sang.

La saignée est toujours employée après une chute ou une blessure quelconque. L'âge, le sexe, le tempérament, la saison, la nature même de la blessure ne sont nullement pris en considération. En voici un exemple sur mille. Le premier Drogman de Russie à Smyrne, âgé de soixante-dix-huit ans, est renversé par le cheval d'un garde du Mudselim. Ce vieillard tombe sans connaissance. Sa tête, son corps et ses membres sont fortement contus. Son *facies* est décoloré; le pouls se fait à peine sentir. La respiration ne donne que des mouvemens peu sensibles;

tout semble annoncer une commotion générale qui peut se terminer par une mort prompte. Dans cet état on allait le saigner. J'arrive ; je m'oppose ouvertement à cette saignée, me réservant de la pratiquer dans la journée, si le développement du pouls et la situation du blessé le permettent. J'administre une potion excitante, j'applique des résolutifs sur les contusions. Les médecins dont je venais de fronder l'opinion déclamèrent contre ma méthode, et annoncèrent comme inévitable la mort prochaine du Drogman. Cependant il revint de ce coma, mais ses sens sont encore obtus; les fonctions du cerveau se font irrégulièrement; le malade n'a aucun souvenir de l'évènement qui l'a blessé, aucun sentiment de son état, il délire; enfin le pouls se développe insensiblement. Le vieillard recouvre peu à peu ses sens. Il paraît se réveiller d'un long sommeil; et, au grand étonnement des médecins, il se promène dans la ville dix jours après.

Ce sont ordinairement les barbiers qui font les saignées. Je les ai vus répéter plusieurs fois cette opération, et toujours avec une très-grande vîtesse, mais non sans danger. A peine la ligature est-elle placée, que saisissant la lame de la lancette, de manière à ne laisser à découvert que la partie qui doit pénétrer dans le vaisseau, ils la plongent d'un seul trait, et la retirent aussitôt. De cette manière, ils n'exécutent que le premier temps de l'opération. Le sang coule à la vérité, mais cette manœuvre hardie doit incontestablement donner souvent lieu

à l'ouverture du vaisseau de part en part, et à la lésion des parties environnantes qu'il est le plus souvent si essentiel d'éviter.

La circoncision, en usage dans tout l'Orient, est attribuée par un grand nombre de médecins à l'intention de prévenir les inconvéniens qui résulteraient de la présence de l'humeur sébacée, et de faciliter la propreté nécessaire dans un pays chaud. Ne pourrait-elle pas également avoir été ordonnée pour émousser la sensibilité exquise du gland, sensibilité qui entraînait aux plus grands désordres, et faisait violer les engagemens les plus sacrés. (1) En exposant ainsi le gland au frottement continuel que les vêtemens exercent sur sa superficie, les désirs doivent être émoussés. Mais si le législateur a voulu obtenir ce double avantage, ne doit-on pas aussi considérer ce défaut de sensibilité du gland comme propre à exciter ces peuples à un genre de débauche réprouvé par les bonnes mœurs ? *Quâ igitur libidine turpi quæ naturæ repugnat juraque fœminæ atque procreatio nis infringit, sese inficiunt labes, laxiore fœminæ vulvâ quæ minori eis voluptati foret, afferri videretur.*

On traite généralement fort mal la syphilis dans le Levant, et souvent on la néglige. On la voit plus rarement chez les Turcs que chez les Grecs; ce qui ne peut être attribué qu'à l'usage consacré par les premiers de séquestrer les femmes, usage que

(1) Ezéchiel, ch. XXII, v. 11; Machias, ch. II, v. 14.

les derniers sont loin d'avoir adopté. Cependant les uns et les autres offrent fréquemment des affections syphilitiques dégénérées, et sous des formes tellement variées, qu'elles restent à jamais inconnues aux médecins indigènes.

Le traitement des maladies des voies urinaires est également ignoré par les médecins ou chirurgiens des contrées qui nous occupent. On en jugera par le cas suivant, que j'ai été à portée de suivre.

J'eus occasion de visiter à Athènes plusieurs malades, entre autres un Franc atteint de plaies fistuleuses au scrotum, survenues à la suite d'abcès urinaires successifs. Ces abcès avaient été provoqués par un rétrécissement du canal, auquel des blennorrhagies mal traitées avaient donné lieu. Lorsque je le vis, la prostate était tuméfiée, sans paraître squirrheuse, le scrotum calleux autour des trajets fistuleux; les urines sortaient goutte à goutte par le canal; et en arrosoir par les fistules. Jamais les chirurgiens du pays n'avaient eu l'idée d'introduire une bougie ou une sonde même pendant la rétention d'urine et avant la formation des abcès. Et cependant quel autre moyen pouvait-il mettre en usage pour maintenir le canal dans un état de dilatation convenable? Quel est le praticien tant soit peu instruit qui, dans ce cas, n'aurait pas eu recours à ce moyen simple dont la chirurgie tire tant d'avantages? En vain j'employai le cathétérisme. Ce ne fut que plusieurs jours après qu'il me fut permis, avec une sonde capillaire, de pénétrer

jusqu'à la prostate. J'avais gagné plus de deux pouces de terrain avec une sonde d'un plus gros calibre, lorsque nous partîmes. Je le laissai alors entre les mains d'un chirurgien allemand instruit, que le malade fit venir de Thèbes.

Non-seulement les médecins grecs ignorent tout ce que contient le bel ouvrage de Scarpa sur les hernies, et les travaux curieux et intéressans de nos contemporains, mais encore ce que nos ouvrages classiques les plus répandus indiquent sur cette maladie.

On me montra à l'île Santorin une demoiselle qui, depuis plusieurs années, portait une hernie ventrale volumineuse. Ses dimensions augmentaient chaque jour par la pression trop forte d'un busc et d'un corset de baleine, dont toutes les femmes de Santorin font usage, et qu'elles serrent fortement par des lacets. Elle avait en outre plusieurs fistules stercorales à l'aine gauche, résultat d'une autre hernie dont l'étranglement avait été méconnu dans le principe, et qui avait fini par se faire jour au dehors. Enlever le corset de baleine et le busc, faire sentir les inconvéniens de la compression au-dessus de l'endroit de la hernie, replacer l'intestin, confectionner un bandage propre à le maintenir, indiquer la marche à suivre pour le pansement des fistules, recommander la plus grande propreté et un régime approprié, c'est tout ce que le peu de séjour que je fis sur l'île me permit d'exécuter.

A Smyrne, une dame grecque, âgée de soixante-

trois ans, était atteinte depuis neuf jours d'une hernie crurale étranglée. Depuis neuf jours, on appliquait des émolliens sur la partie, sans se douter que les symptômes alarmans observés étaient le résultat de l'étranglement. Sa faiblesse extrême, le hoquet, le pouls presque insensible, les vomissemens de matières fécales, la figure *hippocratique*, l'affaissement de la tumeur, son insensibilité, son changement de couleur me présentèrent, au premier aspect, l'état gangréneux de l'intestin et une mort prochaine qui arriva trois heures après.

De ce qui vient d'être dit, on peut en inférer:

1.° Que l'ignorance, la superstition, et le fatalisme maintiennent, chez les Orientaux, les préjugés qui les éloignent de l'étude des sciences, et les empêchent d'apprécier le vrai mérite.

2.° Que leurs médecins, éloignés de tout foyer d'instruction, ne suivant qu'une marche empirique, ne peuvent s'élever au niveau des connaissances de leurs ancètres, et de leurs contemporains des autres pays.

3.° Qu'il est impossible au médecin franc instruit, d'y exercer ses fonctions avec la liberté et l'indépendance qui lui sont accordées dans les contrées où il a puisé son instruction.

4.° Qu'il peut cependant acquérir de la renommée et se voir favorisé par la fortune, s'il se soumet aveuglément aux moyens souvent bizarres des peuples du Levant.

5.° Que la médecine et la chirurgie ne jouiront de

l'éclat qu'elles ont en Europe, que lorsque la Porte-Ottomane leur accordera sa protection, et qu'elle exigera de la part de ceux qui les professent l'instruction nécessaire. Mais la nature de son gouvernement despotique s'y oppose. Le Turc y est trop impérieux et trop paresseux, et le Grec trop asservi, pour que cette révolution s'opère bientôt.

Tel est l'aperçu rapide qu'un séjour de quelques années dans le Levant me permet de présenter sur la médecine des ports de ce pays. J'aurais désiré pouvoir l'accompagner de quelques vues générales et particulières capables d'en augmenter l'intérêt, mais un tel travail ne peut sortir que d'une plume exercée, et d'un médecin qui ait vécu plus longtemps que moi parmi ces peuples.

OBSERVATION

SUR UN RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS SURVENU APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

Par TROUSSEL, *docteur en médecine.*

M.me ***, âgée de 43 ans, phthisique au dernier degré, devint enceinte pour la troisième fois; sa grossesse fut très-pénible; cependant elle arriva à terme; et mit au monde une fille bien portante, le 27 juin 1819, à cinq heures du matin. L'accouchement n'offrit rien de bien remarquable, si ce n'est qu'il eut lieu très-promptement et presque sans douleurs: peu d'eau et peu de sang coulèrent; la ma-

trice revint sur elle-même ; elle formait distinctement un globe dur au-dessus du pubis, comme on s'en assurait facilement en palpant l'abdomen. Cette femme fut couchée, et prit quelques cuillerées d'un looch blanc auquel avait été ajouté du sirop diacode, dans l'intention de calmer la toux qui revenait beaucoup plus fréquemment depuis la délivrance qui avait eu lieu quelques minutes après le passage de l'enfant.

A deux heures de l'après-midi, tout allait bien, à cela près d'un peu de fatigue, de mal de tête, de chaleur à la peau ; une pression un peu forte exercée au-dessus du pubis, déterminait une sensation pénible. Un lavement à la décoction de graine de lin fut prescrit pour le soir. Cette dame voulut absolument le prendre elle-même, ce qu'elle ne put faire qu'en restant debout pendant quelques minutes : plusieurs fois dans la nuit elle se mit à genoux pour uriner ; le sommeil fut empêché par la fréquence de la toux et de l'expectoration.

Le 25 au matin, quelques envies d'uriner se firent sentir : la malade voulant y satisfaire, se mit à son séant, puis sur les genoux, mais tout cela en vain ; elle ne peut en venir à bout malgré ses efforts. Portant alors la main aux parties génitales, elle sentit une grosseur extraordinaire, et dit que son *fondement était sorti*. On m'envoya chercher de suite, mais je ne pus m'y rendre que vers midi. Ayant interrogé la malade, elle me dit que *quelque chose lui était sorti*, quoiqu'elle n'eût rien senti passer, qu'elle ne souffrait en aucune manière, et que seu-

lement elle était tourmentée par des envies d'uriner qu'elle ne pouvait satisfaire. Je la découvris, et je vis entre ses cuisses, une tumeur du volume des deux poings réunis, ayant la forme d'une grosse poire dont la base était en bas, d'un rouge pâle, lisse dans presque toute son étendue, excepté vers sa partie inférieure et latérale gauche, où l'on remarquait des inégalités, des espèces de stries noirâtres, et trois ou quatre petites éminences en forme de crête : c'était l'endroit d'insertion du placenta. Portant le doigt autour du col de cette tumeur, je rencontrai bientôt une espèce de cul-de-sac, terminé par un bourrelet inégal. Très-peu de sang s'écoulait de la surface de la tumeur. A tous ces signes, il me fut aisé de reconnaître un renversement complet de la matrice, survenu trente heures après l'accouchement. L'indication était de faire reutrer l'utérus à sa place, et c'est à quoi je procédai. Les mains trempées dans l'huile, je tentai la réduction : mes premiers efforts furent infructueux; rien ne rentrait. Cependant comme ces manœuvres, faites avec ménagement, ne causaient que peu de douleur, et que plus on tardait, plus le gonflement de la matrice augmentait par l'étranglement que faisaient éprouver les parties externes de la génération, j'insistai : j'enduisis la tumeur d'huile d'olive, et les pressions latérales n'ayant amené aucun résultat avantageux, je les exerçai sur toute la tumeur comme pour en diminuer le volume. J'éprouvai beaucoup de résistance : un léger déchirement ou éraillement s'opéra

à la surface de la matrice renversée : quelques gouttes de sang coulèrent; je continuai néanmoins les pressions méthodiques, et je fus enfin assez heureux pour opérer une réduction complète. Deux doigts furent introduits profondément dans le vagin pour repousser l'utérus aussi loin que possible; je fis des lotions avec de l'eau et du vin, mais à peine avais-je fini, qu'une nouvelle quinte de toux fit sortir de nouveau la matrice presqu'autant que la première fois : j'opérai de nouveau la réduction, qui fut très-facile. Que fallait-il donc faire pour s'opposer à une nouvelle sortie, à un nouveau renversement? Je pensai qu'on devait tâcher d'éloigner le plus possible les quintes de toux, faire garder un repos absolu, une position constante dans laquelle la malade serait couchée sur le dos, les genoux rapprochés, et le siège élevé, recommander le silence, et enfin lui dire d'avoir bien soin, quand elle sentirait qu'une quinte de toux va venir, de porter la main avec force contre la vulve. Tout cela fut exécuté avec le plus grand soin : la plus scrupuleuse exactitude, et les mêmes précautions, continuées pendant quelques jours, ont donné le temps aux organes génitaux de revenir à leur état naturel, et le renversement n'a plus eu lieu.

EXTIRPATION

DE LA GLANDE PAROTIDE;

Par le docteur OHLE, *premier chirurgien de l'armée du Roi de Saxe, professeur de chirurgie à Dresde, etc. — Traduite par M.* ERNESTI MARTINI (1).

Premier cas.

SÉBASTIEN BRANCU, âgé de vingt-neuf ans, grenadier à pied, né de parens sains, ayant essuyé toutes les maladies d'enfans d'une manière heureuse et s'étant toujours bien porté jusqu'alors, s'aperçut, à la suite d'une simple contusion, qu'il portait au-dessous du conduit auditif externe, une tumeur de la grosseur d'une fève environ. Ce gonflement, qui d'abord augmenta lentement, prit bientôt un développement tel, que non-seulement il remplissait tout l'espace triangulaire compris entre la branche gauche

(1) M. Ohle s'est réuni aux Rédacteurs du Journal allemand, dans le but de publier les fruits d'une expérience de quarante-deux ans. Il commence par offrir des faits qui démontrent l'utilité d'une opération dont le danger a été regardé jusqu'ici comme si grand, qu'on n'a presque pas osé l'entreprendre. Nous allons traduire une de ces opérations avec tous les détails, et pour ne pas nous répéter, nous ne décrirons les autres que d'une manière succincte. (*Note du Traducteur.*)

de la mâchoire inférieure, l'apophyse mastoïde et le trou auditif externe, mais qu'il s'étendait même jusqu'à l'arcade zygomatique, au-dessus et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure ; antérieurement au-dessus du masséter, et inférieurement jusque vers la grande corne de l'os hyoïde. Cette tumeur avait à-peu-près la forme d'un gros poing, et offrait plusieurs bosses à sa surface. La peau de cette tumeur était de couleur naturelle, mais fortement distendue. La mastication éprouva quelque gêne, et le côté gauche de la cavité buccale était plus sec que le côté droit. Le malade sentait des douleurs déchirantes le long du nerf facial.

Telle était la situation du malade, lorsqu'il entra à l'hôpital. Le lendemain de son entrée, on lui administra un laxatif qui produisit plusieurs évacuations, et le surlendemain on lui fit prendre une poudre composée de dix grains de nitre et d'un tiers de grain d'opium. J'entrepris l'opération le même jour. Après avoir tracé avec de l'encre de la Chine, deux incisions semi-lunaires dont les extrémités s'inclinaient l'une vers l'autre, de manière qu'un morceau de peau ayant la forme d'une ellipse se trouva circonscrit, je fis tenir la tête du malade, commodément assis sur une chaise, par un aide placé derrière lui ; ensuite je pratiquai d'abord une incision postérieure vers l'oreille, puis l'incision antérieure vers la joue. Je fis des incisions assez profondes pour pouvoir aisément dépouiller la glande de ses tégumens communs, d'abord postérieurement, en-

suite antérieurement. Cela fait, je séparai la corne supérieure et la corne inférieure, de la glande affectée, du muscle canin (*musculus risorius Santorini*), et du tissu cellulaire épais, placés au-dessus, afin de parvenir au tissu cellulaire lâche situé au-dessous ; mais la pression permanente de la glande avait rendu le tissu cellulaire si compact, qu'il m'était impossible de le détacher avec le bout des doigts. Il fallut que je me servisse d'un couteau arqué à long talon. Puis je détachai, pendant qu'un aide souleva fortement la tumeur, moyennant le poinçon de Schumaker, avec beaucoup de précaution, le corps de la glande, d'abord du masseter, ensuite du muscle mastoïdien, puis des parties situées plus profondément, mais ces dernières ne furent touchées qu'avec le dos du couteau ; puis vers en haut, je me servis, autant que possible, de mes doigts, et j'étais déjà parvenu à détacher la tumeur jusqu'à un pouce vers l'arcade zygomatique en montant, lorsque, par la densité du tissu cellulaire, je fus contraint de recourir aux instrumens tranchans, attendu qu'il y avait encore trop de masse de la tumeur en arrière, pour pouvoir appliquer autour d'elle une ligature de sûreté. Cet inconvénient me détermina à mettre en usage les ciseaux de Cooper, que je guidai par le bout des doigts de ma main gauche. Mais à peine avais-je continué de cette manière la séparation de la tumeur à un demi-pouce environ, qu'il y survint une hémorrhagie qui indiqua la section d'un gros vaisseau. Le sang jaillit à grands flots du fond de la

plaie, mais en jets intermittens. Je fis ensuite placer le doigt d'un aide sur l'endroit saignant, et j'achevai l'opération par un petit nombre d'incisions faites avec toutes les précautions possibles; car faire dans ce coin étroit la ligature d'un gros vaisseau, était une chose impossible. Ce vaisseau était situé dans l'angle que forme la tête articulaire avec la fosse zygomatique. Je tamponnai, par conséquent, l'endroit, premièrement avec de l'agaric de chêne; ensuite avec de l'éponge battue et de simples plumasseaux trempés dans l'eau vulnéraire de Cheden: je serrai des tampons fortement contre l'os temporal; sur les plumasseaux j'appliquai une languette, et sur celle-ci une *fascia solaris*. La quantité de sang perdue pouvait être évaluée à une livre et demie, et provenait de la veine faciale postérieure, car un petit morceau de ladite veine fut trouvé dans la rainure de la glande endurcie.

En détachant la glande, le malade éprouva des douleurs vives provenant probablement de la tension et de la section des ramifications du nerf facial; mais malgré ces douleurs et l'hémorrhagie que lui causa une perte considérable de sang, il ne tomba point en syncope. L'opération achevée, on lui donna quelques gouttes de laudanum liquide, et on le plaça sous la surveillance d'un aide. On lui administra en outre une solution de nitre, et on eut soin de le tenir en repos.

Quelques heures après l'opération, le malade se plaignit d'une douleur oppressive accompagnée de

tension, et sentie dans la profondeur de la plaie. On appliqua sur la région douloureuse des compresses trempées dans de l'oxycrat froid. Vers le soir, il se déclara un peu de fièvre, accompagnée de maux de tête et d'inquiétude. On lui fit prendre une boisson contenant du nitre, de la crême de tartre et du sucre; à l'égard du reste, on continua. Le malade passa la nuit dans une insomnie presque complète, mais il n'y eut plus d'hémorrhagie.

Le lendemain on lui administra un léger laxatif; on pansa la plaie avec des plumasseaux trempés dans l'eau vulnéraire de Cheden, et on soutint l'appareil par la pression d'une *funda maxillaris*. La fièvre fut modérée, la soif peu ardente, et le ventre libre. Les douleurs pesantes de la joue s'étaient converties en tiraillemens.

Le 3.e jour après l'opération, on renouvela l'appareil de charpie, et on l'imbiba d'essence de myrrhe.

Le 5.e jour, l'appareil fut renouvelé deux fois, parce que la plaie commença à sécréter du pus qui dissolvait le sang coagulé, et pénétrait à travers le bandage. La fièvre reparut, mais elle était légère et la douleur peu vive. Le malade prit l'*electuarium lenitivum*.

Le 9.e jour, la suppuration augmenta, la fièvre fut peu intense, et toutes les douleurs eurent cessé. L'appétit revint, et le malade prit un peu de bouillon. On continua le traitement antiphlogistique, et on cessa de surveiller le malade.

Le 35.e jour enfin, la plaie était cicatrisée au point

que le malade put quitter l'hôpital. La cicatrice était solide et peu large, le mouvement de la mâchoire libre. La guérison s'était opérée dans l'espace de cinq semaines.

Second cas.

La seconde fois cette opération fut pratiquée sur une femme de vingt-huit ans, laquelle avait un endurcissement de la même glande. La tumeur circonscrivait non-seulement toute la région de la parotide gauche entre la branche de la mâchoire inférieure, mais encore elle dépassait l'angle de cette mâchoire en avant et en haut jusqu'à l'arcade zygomatique; postérieurement elle s'étendait jusque vers l'apophyse mastoïde de l'os temporal, sa surface était raboteuse et dure comme une pierre. La glande conservait encore un peu de mobilité. Dans cet état, la malade entra à l'hôpital. Nous résolûmes d'extirper la glande, et nous entreprîmes l'opération le lendemain matin.

Pendant l'opération, la malade eut des convulsions suivies de syncope, d'où elle revint bientôt par l'effet de quelques gouttes d'éther sulfurique.

Nous croyons devoir passer sur les détails de l'opération, ainsi que sur ceux de la convalescence; nous nous bornons à dire que le 34.e jour, la plaie était entièrement cicatrisée, et la malade parfaitement guérie.

Le troisième cas est celui d'un homme de cinquante ans, dont la glande parotide du côté gauche

avait acquis la grosseur d'un gros œuf d'oie. Nous lui en fîmes l'extirpation, et il nous quitta le 41.e jour, parfaitement guéri.

Le quatrième cas de ce genre est celui d'une femme de quarante-six ans, dont la glande parotide droite offrait dans son diamètre longitudinal quatre pouces; le diamètre transversal était de quatre pouces et demi, et la périphérie de dix pouces. La saillie que cette tumeur faisait à la joue, était de deux pouces et demi.

Cette femme fut débarrassée de sa glande squirrheuse, de la même manière, et elle sortit guérie de l'hôpital, le 28.e jour après l'opération.

Cette extirpation eut lieu, la cinquième fois, sur une femme de quarante ans, qui, d'ailleurs bien portante, était affectée d'une tumeur à la glande parotide du côté droit, depuis l'âge de douze ans. La tumeur offrait au moment de l'extirpation, la grosseur d'un poing médiocre. Cette femme, opérée le 12 septembre 1817, quitta l'hôpital le 1.er octobre, après une guérison complète opérée en dix-neuf jours.

L'endurcissement de la glande parotide s'observe plus fréquemment qu'on ne le croit généralement. Dans la Clinique chirurgicale de Dresde, il y a au moins cinq ou six cas par an, où l'on voit la glande squirrheuse dégénérée en cancer ulcéré; cas dans lequel les secours de l'art sont nuls. L'étendue de la glande est alors très-grande; sa structure est dure, pierreuse, inégale à sa surface, immobile et

confondue avec les parties subjacentes. Les bords de l'ulcère se renversent ; son fond est rongé, grisâtre, versant de la sanie, laquelle attaque les parties voisines, et répand une odeur extrêmement fétide. De tels ulcères ne peuvent jamais être l'objet d'une opération chirurgicale ; car comme le fond d'une telle glande est très-inégal, et confondu avec les gros vaisseaux et les nerfs situés au-dessous, on ne peut la détacher qu'à l'aide du couteau; mais ni couteau ni ciseaux ne peuvent agir dans la profondeur de la glande; la guérison radicale est impossible, et l'extirpation aurait des suites funestes.

Malheureusement la pluralité de ces malades cherche des secours trop tard; car l'extirpation de la glande squirrheuse n'est praticable qu'avant son passage à l'état de cancer ulcéré. Alors, c'est-à-dire, avant son passage à l'état de cancer ulcéré, elle est couverte d'un membrane tendineuse, adhère aux parties subjacentes moyennant un tissu cellulaire lâche, et se laisse encore mouvoir. C'est précisément cette mobilité qui est une des conditions essentielles à la réussite de l'opération. Cette opération est une des plus importantes, et demande beaucoup de dextérité si l'on veut la faire sans léser aucune partie importante. Si la peau peut être ménagée, on la ménage en la fendant seulement de haut en bas par une incision parallèle à la branche de la mâchoire inférieure. Si la tumeur est fort grosse, l'incision elliptique mérite la préférence en ce que non-seulement on peut mieux développer la tumeur, mais encore parvenir

plus aisément aux parties profondes et les ménager. C'est avec raison qu'on marque auparavant la direction des incisions avec de l'encre de la Chine, parce que cela met à même de juger bien leur rapport réciproque, d'en faire une plaie simple et droite, et d'effectuer facilement la réunion. Mais on doit toujours tâcher de placer la plaie derrière la mâchoire inférieure, afin que la cicatrice tombe moins sous les yeux. Si l'enveloppe de la glande est écartée de son noyau, il y a du tissu cellulaire dans lequel on cherche à pénétrer avec le bout des doigts, pour détacher la glande des parties subjacentes. La corne supérieure entraîne ordinairement avec elle le canal de Sténon, qu'on lie, et qu'on range devant la glande et derrière la ligature. En négligeant cette précaution, il n'est pas rare de voir la salive de la glande accessoire, dont le conduit secréteur aboutit dans le canal de Sténon, suinter de la plaie et retarder la réunion de cette dernière. Cependant de telles fistules salivaires cèdent bientôt à l'emploi de la pierre infernale.

Lorsqu'on a pu pénétrer dans le tissu cellulaire, et arriver jusqu'au-dessous de la glande, on la détache en procédant vers l'oreille, et on évite par là très-aisément les vaisseaux et les nerfs. Dans les cas où on tombe sur un vaisseau se rendant dans la glande, on en fait la ligature avant d'en faire la section. On évite enfin autant que possible les ramifications du nerf facial.

Le procédé qu'on suit à la partie antérieure de la

peau et de la glande, est suivi également à la partie postérieure. On renverse la peau vers la nuque, on détache la glande du muscle mastoïdien, et on pénètre avec le bout des doigts jusqu'au-dessous de la glande, en procédant de bas en haut et d'avant en arrière. On met sur-tout à nu la grande veine faciale située dans la fosse longitudinale de la glande, et on la soulève de l'artère temporale placée au-dessous. Aucun couteau ne doit être employé ici sans nécessité, et même les ciseaux y conviennent peu; cependant il y a des vaisseaux qui résistent aux doigts, et qu'on est, pour ainsi dire, obligé, après les avoir séparés autant que possible du tissu cellulaire adhérent, de lier avec le tissu cellulaire qui y reste. Avant de séparer la glande de ses vaisseaux nutritifs, etc., il est bon de pratiquer une ligature au-dessous de l'arcade zygomatique; sans cela on risque d'avoir une grande hémorrhagie qui, malgré toutes les précautions, est souvent inévitable. Dans le cas de lésion de vaisseau derrière le condyle articulaire de la mâchoire inférieure, il est impossible de pratiquer la ligature dans cette profondeur, et l'application moins sûre de l'éponge fixée et de la compresse, est le seul moyen auquel on puisse avoir recours.

C'est en examinant attentivement les vaisseaux, les nerfs et les muscles qui s'offrent à l'œil après l'opération, qu'on acquiert la certitude de la possibilité d'extirper radicalement cette glande.

Quant au bandage enfin, on réunit, dès qu'il n'y

a plus d'hémorrhagie à craindre, les lèvres de la plaie que l'on attache soit par quelques points de suture, soit par un emplâtre agglutinatif ayant la forme d'une queue d'hirondelle. On couvre la plaie d'une bandelette enduite de cérat simple; on y met des plumasseaux, des languettes, et on soutient le tout moyennant une bande à quatre chefs. La guérison a incontestablement lieu dans l'espace de cinq à six semaines.

NOTE

SUR LE PLUS GRAND DÉVELOPPEMENT DU NERF APPELÉ GRAND SYMPATHIQUE, RENCONTRÉ SUR DES CADAVRES DE PERSONNES MORTES DANS UN ÉTAT D'IDIOTISME;

Communiquée par M. le professeur PINEL. — *Par* CAYRE, *D.-M.-P.*

L'EXAMEN soigneux du corps a fait faire des progrès immenses à la médecine; c'est par lui qu'on est parvenu à donner des explications satisfaisantes de certains phénomènes qui se rencontrent dans le cours des maladies; phénomènes qu'on avait cherché à faire cadrer avec des théories, fruits d'une imagination exaltée. Ainsi, par exemple, si nous consultons les auteurs qui se sont efforcés d'indiquer le siège ou la nature des diverses modifications dont l'aliénation mentale est susceptible, nous en voyons qui basent leurs hypothèses sur les mouvemens du

fluide nerveux, sur sa trop grande affluence vers l'organe encéphalique. D'autres attribuent tout à l'épaisseur, au degré de consistance des os qui forment la boëte crânienne ; enfin, d'autres veulent qu'elle soit toujours le résultat de la lésion d'un organe plus ou moins éloigné du cerveau, et rayent ainsi la folie des cadres nosologiques, puisque, selon eux, elle n'est qu'un symptôme. Mais aujourd'hui qu'on suit la marche de l'observation, communiquée à l'Ecole de Paris par les travaux de M. le professeur Pinel, on doit rejeter comme absurdes tous les raisonnemens qui ne découlent pas facilement des faits, et faits qui doivent avoir été rencontrés plusieurs fois.

Une altération organique ou une disposition anatomique autre que celle qui est la plus fréquente, ayant été observée, les inductions qu'on en tire ne doivent pas seulement tendre à éclairer le domaine de la pathologie : elles doivent encore avoir un autre but : c'est de chercher à expliquer certains phénomènes physiologiques. Le plus grand développement du nerf grand sympathique, que j'ai eu occasion d'observer sur les cadavres de neuf personnes mortes dans un état d'idiotisme, pourra, je pense, donner lieu à quelques réflexions physiologiques et pathologiques assez plausibles.

On ne s'est occupé jusqu'ici, dans les recherches qu'on a faites sur les corps des personnes mortes dans un état d'idiotisme, qu'à déterminer la forme de la tête, l'étendue de ses divers diamètres ; l'état du

cerveau a été exactement aussi indiqué dans tous les cas : ainsi on a mentionné son volume, sa pesanteur; le degré de consistance de ses substances; la profondeur, l'étendue, la direction de ses sillons, etc.; mais toujours on a négligé de fixer son attention sur le système nerveux proprement dit, sur les cordons conducteurs de nos sensations et de nos volontés. Le hasard fit que je disséquai la névrologie sur le cadavre d'un individu mort idiot. Je fus étonné d'y rencontrer les différences que je vais indiquer, et que j'eus occasion de retrouver sur huit autres corps de personnes mortes affectées de la même vésanie.

Les nerfs cérébraux et rachidiens étaient jaunes, minces et comme atrophiés; ils étaient entourés d'un tissu cellulaire très-dense, et qui en rendait la préparation extrêmement pénible. Je rencontrai le nerf qu'on appelle grand sympathique, présentant une disposition inverse : ses ganglions cervicaux étaient très-développés, sur-tout le supérieur, qui était trois fois plus gros que dans l'état ordinaire ; la substance grise dont ils sont formés n'était pas altérée ; les ganglions situés dans le thorax, ainsi que ceux nommés semi-lunaires, participaient du même développement, de même que la multitude des branches qui en partent ; les viscères contenus dans la cavité abdominale offraient un développement très-remarquable.

De cette disposition anatomique des nerfs cérébraux et du grand sympathique, on peut en tirer quelques inductions physiologiques, et établir, jus-

qu'à un certain point, des différences entre l'idiotisme et la démence.

Le grand développement du système nerveux du grand sympathique et l'atrophie des nerfs, émanant du cerveau et de la moëlle épinière, ne sont-ce pas des faits qui viennent affirmer ce qu'a avancé Bichat, sur les vies animale et organique ? En effet, quel est le caractère de l'idiotisme ? N'est-ce point une oblitération plus ou moins complète des facultés mentales et de tous les actes de relation ? Les fonctions assimilatrices n'ont-elles pas en plus ce que les animales ont en moins ?

Si nous consultons la manière d'être des idiots pendant leur existence, nous voyons que leur digestion se fait avec très-grande activité; quelques-uns sont remarquables par leur extrême voracité, à laquelle correspond d'une manière proportionnelle, l'énergie des fonctions assimilatrices, comme le prouve assez l'habitude de ces individus gros, bien nourris, et réduits, pour ainsi dire, à une vie automatique. Quelques exemples d'anatomie comparée pourraient venir à l'appui de ce que je viens de dire; ainsi on remarque que les ganglions nerveux sont beaucoup plus volumineux, plus fournis de substance grise chez les jeunes animaux que chez les vieux, et l'on sait que l'assimilation est beaucoup plus active en général dans la jeunesse qu'à toute autre époque de la vie. De plus, on a observé que le système des ganglions n'est jamais mieux caractérisé que chez les animaux dont les facultés de l'intelligence sont le

moins dessinées, que chez ceux dont l'encéphale est peu volumineux, si on le compare au reste du corps, etc.

J'ai dit que, du plus grand développement du nerf sympathique, on pouvait en tirer des conséquences pour établir le diagnostic de l'idiotisme. Ce n'est pas que les médecins aient été en contestation à ce sujet; et tous, jusqu'à ces derniers temps, ont admis un idiotisme inné et un autre acquis. Mais M. le docteur Esquirol (Dict. des Sciences Méd.), ne donne le nom d'idiotisme qu'à cette affection que l'individu apporte en naissant, et appelle démence toutes celles qui surviennent à une époque quelconque de l'existence, quoiqu'il y ait similitude parfaite des symptômes dans l'un et l'autre cas. Or, des neuf cadavres d'idiots que j'ai disséqués, quatre avaient été affectés de cette maladie depuis l'âge de vingt ans jusqu'à quarante; les cinq autres avaient eu les facultés mentales oblitérées depuis la naissance. Les recherches que je fis sur les corps de ces neuf personnes, me montrèrent un grand développement du nerf grand sympathique, et l'atrophie de ceux se distribuant aux organes de la vie animale. Si à cette disposition anatomique, on ajoute l'identité des symptômes, soit que l'affection soit acquise ou innée, on sera forcé d'admettre deux variétés de cette vésanie, ne différant entr'elles que par les causes et la possibilité de la guérison.

Nota. Il eût été à désirer que l'auteur eût appuyé ses assertions, peut-être un peu prématurées, sur des

histoires particulières et des ouvertures de corps détaillées : au reste, M. le professeur Pinel pense qu'il sera toujours très-difficile de prouver sans réplique l'existence d'une semblable disposition.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

DE LA SQUELETOPÉE,

OU DE LA PRÉPARATION DES ARTICULATIONS ET DE LA CONSTRUCTION DES SQUELETTES;

Thèse soutenue publiquement dans l'amphithéâtre de la Faculté, le avril 1819, en présence des Juges du concours, pour la place de chef des travaux anatomiques dans la même Faculté; par JULES CLOQUET, *docteur en médecine, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, ex-chirurgien interne des hôpitaux civils de la même ville, membre correspondant de l'Académie des Sciences Naturelles de Philadelphie.*

A Paris, chez Méquignon-Marvis, libraire, rue de l'Ecole de Médecine, N.º 3, près celle de la Harpe.

DANS le dernier concours pour la place de chef des travaux anatomiques, les compétiteurs devaient composer et faire imprimer, en quinze jours, deux thèses qu'ils devaient soutenir ensuite, afin de remplir une des épreuves auxquelles ils étaient soumis; le sujet de ces thèses était pour l'une à leur choix, et pour l'autre, indiqué par le sort. L'un des concurrens, M. Jules

Cloquet, prosecteur à la Faculté de Médecine, et qu'un nouveau concours vient d'adjoindre à M. le professeur Richerand, comme chirurgien en second à l'hôpital Saint-Louis, reçut par le sort la question qui fait le titre de cette première dissertation. Ce sujet, qui paraît aride au premier coup-d'œil, ne laisse pas d'offrir beaucoup d'intérêt; ce sont en effet les choses que l'on regarde souvent comme les plus simples et les mieux connues, sur lesquelles il reste encore le plus de choses à dire; nous espérons bientôt prouver cette assertion, par les faits contenus dans le mémoire dont nous rendons compte.

Dans l'examen que nous allons faire de cette thèse, nous suivrons exactement la marche de l'auteur pour présenter ses idées dans l'ordre qu'il a cru le plus convenable d'adopter, et qui nous a paru en effet être le plus approprié à la nature du sujet qu'il avait à traiter.

« La partie de l'anatomie pratique qui traite de la préparation des os dont l'ensemble constitue le squelette, a reçu le nom de *squéletopée.* »

On prépare les os sous un triple rapport, 1.º pour mettre en évidence leur conformation, leur structure, leur composition chimique, leur mode de développement, leurs altérations; 2.º pour faire voir la disposition des diverses cavités qu'ils forment par leur réunion; 3.º enfin, pour démontrer leurs connexions, leurs rapports, leurs moyens d'union, et les mouvemens dont ils sont susceptibles: pour remplir cette triple indication, l'anatomiste emploie divers instrumens et divers agens chimiques.

I.re Sect. — Elle comprend les préparations que l'on fait pour démontrer la conformation extérieure, la structure, la composition, le développement et les maladies des os, et renferme les chapitres suivans :

Chap. I.er *Préparations relatives à la conformation et à la structure des os.* — Ce sont 1.o l'*excarnation*, qui a pour but de débarrasser les os des parties molles. On y parvient à l'aide d'instrumens, à l'aide de la *macération*, ou bien en employant *l'ébullition.* Ce dernier moyen, quoique plus expéditif que les deux autres, a des inconvéniens auxquels ne peuvent parer les bains alcalins consécutifs à la première ébullition.

L'auteur fournit sur chacun des procédés précédens des détails neufs et intéressans qu'il nous est impossible d'analyser ici.

2.o *La déalbation ou blanchîment des os*, qui s'opère en exposant les os, soit à l'action réunie de l'air, du soleil et de la rosée, soit à l'action du chlore liquide ou gazeux, de l'acide sulfureux en vapeur des lessives alcalines. Ce dernier moyen a paru le moins avantageux à M. Cloquet, d'après des expériences qu'il a faites à ce sujet.

3.o *Les coupes propres à démontrer la disposition du tissu osseux.* — Ces coupes doivent être très-variées dans les os, qu'ils soient longs, larges ou courts; elles sont indiquées avec soin par l'auteur. Les os larges et les os longs réclament des coupes plus particulières, qu'il sera facile de pratiquer en suivant les règles qui sont tracées par l'auteur. A cette occa-

sion, M. J. Cloquet parle de l'action de râper les os à leur surface, moyen seul convenable dans certains cas pour démontrer la structure du tissu spongieux. Au sujet des préparations des dents, il ajoute une note anatomique assez intéressante pour que j'en fasse mention; la voici: « L'émail des dents ayant disparu (par l'acide hydrochlorique), leur couronne devient plus aiguë pour les incisives et les canines; les tubercules des molaires se changent en pointes fort acérées, etc. » Il suit de ces observations délicates, qui décèlent un anatomiste exercé, que l'émail est plus mince dans les points les plus saillans de la couronne, qui s'usent continuellement par le contact réciproque des dents opposées.

4.o *La préparation des vaisseaux des os.* — Après avoir indiqué en note les matières d'injection qui lui ont le mieux réussi, l'auteur passe aux procédés assez variés et propres à découvrir ces vaisseaux injectés. A l'occasion des os longs, il remarque indirectement que la membrane médullaire est essentiellement vasculaire, une sorte de trame membraniforme, donnant des ramifications à la moëlle et aux parois du canal médullaire. C'est en effet le caractère de cette membrane de former un tissu à aréoles sensibles, à fibres très-déliées, qui s'entrecroisent en réseau délicat, non seulement à l'extérieur de la moëlle, mais aussi à l'intérieur de cette substance.

5.o *La préparation des nerfs des os.* — L'auteur conseille pour apercevoir autour de la principale artère nourricière des os longs les filets du trisplanchnique, les seuls qu'on ait jusqu'à présent sui-

vis dans les os, de faire successivement macérer la pièce bien décharnée, dans l'alcohol, dans l'acide muriatique (hydrochlorique), et de nouveau dans l'alcohol pour procéder ensuite à la dissection.

6.° *La préparation du périoste.* — En faisant cette préparation, on a pour but de dessécher le périoste séparé des os, et de le conserver avec la forme qu'il affectait autour d'eux. L'auteur indique un procédé dont il se sert pour la préparation de celui des os longs et un autre pour celui du péricrâne. Ils nous semblent tous deux très-ingénieux et n'ont point été indiqués par les auteurs; M. Cloquet les a mis tous les deux à exécution, et ils lui ont parfaitement réussi.

7.° *La préparation du parenchyme gélatineux des os.* — On l'opère avec l'acide muriatique étendu d'eau, et d'après les procédés du célèbre D'Arcet, qui sont exposés par l'auteur dans tous leurs détails. M. Cloquet parle encore ici d'après sa propre expérience : il indique les modifications qui lui ont semblé les plus utiles pour obtenir un parenchyme gélatineux fort transparent et propre à démontrer la direction des fibres osseuses; il a préparé ainsi un squelette naturel et une longue série d'os qui sont exposés dans le Muséum anatomique de la Faculté, et que nous engageons à consulter.

CHAP. II. *Des préparations relatives à la composition chimique des os.* — Par le digesteur de Papin, par la calcination, par certains acides, on sépare les parties organiques et inorganiques des os; par les réactifs chimiques et certains procédés qui sont exposés

d'une manière claire et concise, on démontre ensuite la nature et la quantité des principes constituans de ces mêmes organes. Ici l'auteur fait preuve de connaissances positives en chimie. Nous pensons qu'il est impossible d'exposer avec plus de simplicité et à la fois avec plus d'exactitude l'analyse si compliquée du système osseux.

CHAP. III. *Préparations relatives au développement des os.* — L'auteur passe successivement et rapidement en revue les préparations propres aux os des embryons, des enfans, des adultes et des vieillards, traite de la préparation des dents et de la désarticulation des os de la tête, etc. Nous renvoyons pour les détails, à l'ouvrage original.

CHAP. IV. *Des préparations relatives aux maladies des os.* — Ce sont en général les mêmes que les précédentes. Cependant l'impossibilité de donner ici des règles fixes pour chaque cas abandonne l'anatomiste à son génie inventif, à son adresse manuelle pour la préparation des pièces relatives aux vices de conformation des os, aux exostoses, au spina ventosa, à l'ostéo-sarcome, à la carie, au rachitis, au spina bifida, aux luxations, aux fractures, aux fausses articulations, etc. : ces règles, on les trouvera en consultant les pièces nombreuses d'altérations morbides des os que MM. Béclard et Jules Cloquet ont déposées dans le muséum de la Faculté. A l'occasion de cet article, M. Cloquet nous annonce qu'il publiera bientôt l'*Art de modeler en cire, appliqué spécialement aux préparations anatomiques*, et qu'il donnera un cours pratique sur cette

matière. Nous nous hâtons de le féliciter de cette heureuse idée, et nous l'encourageons de toutes nos forces à mettre ce projet à exécution; il ne peut manquer d'être de la plus grande utilité pour les anatomistes.

II.e SECTION. — Elle renferme les préparations que l'on fait sur les os, pour montrer la disposition des cavités qu'ils forment par leur réunion.

CHAP. I.er *Préparations des cavités de la tête.* A ce genre de préparations, l'auteur rapporte la désarticulation de la face d'avec le crâne, et des coupes très-nombreuses et indispensables pour mettre à découvert les connexions cachées et les cavités profondes qui résultent du rapprochement des os de la tête. Cet article est fait avec soin. Le laconisme qui y règne ne permet pas de l'abréger, il faut absolument le lire dans l'original. On y trouvera aussi les coupes savantes à l'aide desquelles Duverney mettait à découvert sur le même côté d'une seule tête toutes les cavités de la face, tandis que sur l'autre il laissait le périoste parfaitement injecté.

CHAP. II. Il comprend les coupes verticales et horizontales du rachis, de la poitrine et du bassin. Ces coupes verticales du rachis et de la poitrine exigent au moins tous les soins qu'a indiqués l'auteur, et le plus souvent, malgré les plus grandes precautions et les meilleurs instrumens, elles ne sont pas aussi régulières qu'on le voudrait. Les coupes horizontales de la colonne vertébrale sont très-faciles à exécuter; l'obliquité des côtes doit rendre celles

de la poitrine très-difficiles. Mais comme les parois de cette cage osseuse sont assez régulières dans chaque region différente formée par les vertèbres, le sternum, les côtes et leurs cartilages; comme d'ailleurs la vue peut facilement mesurer par la base la largeur de sa cavité, je ne pense pas que ces coupes horizontales soient bien importantes.

Quant à celles du bassin, les coupes verticales me paraissent offrir des avantages réels par l'évidence qu'elles donnent aux directions des cavités et des détroits pelviens. J'aurais voulu que l'auteur leur eût adjoint une coupe qui mettrait à découvert l'étendue du détroit inférieur, en séparant du reste du bassin tout ce qui est au-dessous d'une ligne droite étendue du haut de l'arcade pubienne à la base du coccix.

SECTION III. *Préparations relatives aux connexions des os et aux divers mouvemens dont ils sont susceptibles.*

§. Ier — Il comprend les chapitres suivans :

CHAP. I.er — *Préparations relatives à la dissection des articles.* L'auteur ne donne ici que des préceptes généraux; il indique la préparation des cartilages d'incrustation, des fibro-cartilages, des capsules synoviales et des vaisseaux des articulations. Il ne fait qu'effleurer ces matières pour ne pas sortir de la question qu'il avait à résoudre; il décrit un procédé fort ingénieux pour la préparation des cartilages d'incrustation.

CHAP. II. — *De la conservation des articulations.* On les peut conserver flexibles et inflexibles.

Les articulations, pour être conservées inflexibles, sont soumises à la dessication, et maintenues exactement immobiles dans certaines positions choisies.

Les procédés à l'aide desquels on peut conserver les articulations flexibles, sont encore peu connus et peu répandus. Les heureux résultats de Ruysch à ce sujet sont connus de tout le monde, bien que ses procédés soient restés ignorés. M. Cloquet, habitué à interroger les arts pour en appliquer les procédés à celui de l'anatomiste, a trouvé dans ceux qui ont pour but la préparation des peaux, des lumières propres à le diriger dans ses recherches sur les moyens de conserver les articulations flexibles. « Les ligamens, » en se desséchant, dit-il, se raccornissent, deviennent jaunâtres, transparens, très-roides, comme cela » s'opère en pareil cas pour la peau; ils donnent à l'analyse chimique la même substance que cette membrane, la gélatine; ils se comportent à peu près de » la même manière avec les divers réactifs; donc ils » doivent être susceptibles des mêmes genres de préparations; or on sait que par divers moyens, on peut » conserver la peau en lui conservant sa souplesse, » sans altérer sensiblement son tissu fibreux, sans diminuer sa force de résistance, comme on en voit » des exemples pour les peaux de daim, de chamois, » de bufle. Il y a quelques années, qu'en partant de » ce raisonnement, je voulus m'assurer s'il ne serait » pas possible de conserver aux autres tissus fibreux » de l'économie, aux tendons, aux ligamens, leur forme » et leur souplesse; aux articulations, leurs mouvemens. » Je résolus de faire des recherches sur ce sujet : avant

» de rien entreprendre; je passai successivement en » revue, et comparai entre eux les divers procédés » qu'emploient dans la préparation des peaux d'ani- » maux, les tanneurs, les chamoiseurs, les mégissiers, » les corroyeurs, les parcheminiers, les hongroyeurs, » et, après cet examen, j'eus quelque espoir d'assouplir » le tissu gélatineux en le traitant par les procédés » employés par le corroyeur, l'hongroyeur et le cha- » moiseur, c'est-à-dire mécaniquement, au moyen de » la *frappe* et du *foulage*, et introduisant ensuite une » substance grasse et savonneuse entre ses fibres plus » ou moins séparées les unes des autres. »

Les essais que M. Cloquet a tentés ont eu les plus heureux résultats; il a présenté à l'une des séances du concours, des articulations préparées depuis plusieurs mois, et dont les ligamens, d'une blancheur remarquable, avaient conservé parfaitement leur forme et toute leur souplesse, bien qu'ils fussent tout-à-fait desséchés. Ces procédés peuvent être regardés comme une des plus heureuses découvertes dans l'art de l'anatomiste, puisque les mouvemens et les articulations pourront très-bien être étudiés sur des squelettes naturels : genre de préparation bien préférable, sous ce rapport, à celle des squelettes artificiels.

Ses procédés, qu'il décrit et fait connaître sans restriction, consistent toujours : 1.º à pénétrer les ligamens de muriate de soude et de sulfate d'alumine par la macération dans une dissolution de ces sels; 2.º à faciliter la pénétration des sels par des moyens mécaniques analogues à la *frappe* et au *foulage*; 3.º à

laver ensuite l'articulation avec une lessive alcaline, puis savonneuse ; 4.o enfin à la sécher, en lui imprimant des mouvemens fréquens.

Chap. III. — *Préparation des squelettes naturels.* Dans ce chapitre, l'auteur indique, d'après M. le professeur Marjolin, l'ordre préférable à suivre dans la dissection des diverses articulations, les moyens propres à prévenir leur altération pendant la préparation, à les dégager des humeurs putrescibles ; les précautions variées relatives à la dessication ; il note l'heureux emploi qu'il a fait, dans quelques cas, des dermestes : ce dont je me suis assuré sur des pièces qu'il a présentées au concours. Enfin il expose les préparatifs propres à mettre les ligamens à l'abri des insectes. M. Cloquet se sert à cet effet d'une préparation particulière qu'on trouvera dans les notes de ce chapitre.

Chap. IV. — *Des squelettes artificiels.* Dans ce chapitre, l'auteur indique successivement 1.o les instrumens dont on doit se servir pour cette partie de la squélettopée ; 2.o la manière de monter les articulations en général, chacune d'elles en particulier, et de réunir toutes les parties du squelette ; 3.o enfin les moyens de remédier aux défectuosités que présentent le plus ordinairement les os.

§. I.er — *Des instrumens nécessaires pour monter les squelettes artificiels.* On remarque avec plaisir dans cet article combien l'auteur est versé dans la connaissance des instrumens les plus commodes et e s plus avantageux, et combien il sait en apprécier la valeur pour l'emploi qu'il s'en propose.

§. II. — *De la manière de monter les articulations en général.* L'auteur donne d'abord quelques préceptes généraux sur l'emploi des fils métalliques, indique pour monter les articulations orbiculaires un procédé de son invention, qui a pour but de conserver les pièces très-rapprochées, tout en permettant à l'os qui porte la tête articulaire les quatre mouvemens principaux. Il donne enfin une méthode ingénieuse pour bien monter les articles en ginglyme angulaire, et pour déterminer le centre des mouvemens d'une articulation.

§. III. — *De l'articulation des différentes pièces du squelette en particulier.* On a souvent occasion de remarquer, dans cet article, l'esprit inventif de l'auteur. Si les procédés qu'il emploie ne sont pas toujours neufs, il les modifie presque toujours avec une justesse qui décèle jusqu'à quel point il possède le sentiment de son art. Tels sont, par exemple, tous les soins qu'il prend pour arrêter les fils d'union dans des endroits cachés ou peu sensibles, à conserver et à limiter convenablement les mouvemens des os, etc., etc. Ainsi on apprend, surtout avec plaisir, comment il conserve le mouvement rotatoire de l'articulation atloïdo-axoïdienne, comment il limite le rapprochement des côtes entre elles, le rapprochement de la clavicule de l'acromion; comment il conserve les mouvemens de pronation et de supination des os de l'avant-bras, la flexion des phalanges, et modère à temps leur extension; comment il articule le tibia au fémur, etc., etc.

L'auteur termine sa première thèse par l'indi-

cation *des moyens propres à remédier à quelques défectuosités que présentent les os.* Elle est suivie de plusieurs propositions d'anatomie que nous ne pouvons qu'indiquer.

I. On peut avec beaucoup d'avantage, pour rendre apparente la disposition des tissus diaphanes, les tremper pendant quelques instans dans une infusion de noix de galle, et les colorer ensuite avec une dissolution de sel de fer.

II. Le muscle crémaster n'existe pas chez les fœtus avant la sortie des testicules. Il est formé par les fibres du muscle petit oblique qui sont entraînées par le *gubernaculum testis*. Il présente constamment chez l'adulte un faisceau externe et un faisceau interne, dont les fibres se réunissent en arcades renversées au-devant, et souvent en arrière du cordon testiculaire.

III. La gaîne membraneuse qui enveloppe immédiatement les vaisseaux testiculaires n'est qu'un prolongement tubiforme du *fascia transversalis*, entraîné à travers le canal sus-pubien lors de la sortie du testicule chez le fœtus.

IV. Le petit cercle artériel de l'iris n'existe pas chez le fœtus avant la rupture de la membrane pupillaire; il est formé par les vaisseaux de cette membrane qui se sont retirés vers l'iris sans avoir éprouvé le moindre déchirement.

V. Le crystallin est formé chez le fœtus par un noyau central sphérique très-petit, enveloppé par des lames extérieures; celles-ci se développent par trois autres qui viennent se réunir angulairement

autour de ce noyau. Cette disposition du crystallin peut donner naissance à une espèce de cataracte à trois branches.

VI. Le canal godronné de F. Petit n'existe pas tel qu'on le décrit généralement.

VII. La membrane hyaloïde ne présente en avant qu'un seul feuillet qui passe derrière le crystallin; elle se réfléchit sur elle-même au niveau du nerf optique dans l'œil, pour former un canal qui traverse directement d'arrière en avant le corps vitré; et donne passage à l'artère centrale du crystallin. M. Jules Cloquet propose d'appeler ce conduit *canal hyaloïdien.* Ce canal existe constamment dans l'homme, le cheval, le bœuf, le chien, le chat, le chameau. Dans les oiseaux, il reçoit la bourse noire, (*le peigne*, la bourse muqueuse).

VIII. L'artère centrale du crystallin, presque toujours visible et injectée dans les embryons, cesse de recevoir la partie rouge du sang, ou du moins on ne l'aperçoit plus à l'époque de la rupture de la membrane pupillaire.

IX. Le crystallin est fixé et retenu par des filamens très-fins, fort nombreux, fasciculés, transparens, d'une nature spéciale, qui se portent des intervalles des procès ciliaires à la circonférence de la capsule crystalline.

Parmi ces propositions, quelques-unes ont déjà été développées dans divers mémoires que M. Cloquet a publiés récemment; les autres sont entièrement neuves, et paraissent offrir des résultats très-inté-

ressans. Nous ne pourrions trop engager M. Cloquet à leur donner un plus ample développement, et à faire connaître surtout le résultat de ses recherches sur la structure et le développement de l'œil. Dans le prochain numéro, nous rendrons compte de la seconde thèse qu'il a soutenue. G.....

LEÇONS DU D.r BROUSSAIS,

Sur les Phlegmasies gastriques, dites Fièvres continues essentielles des auteurs, et sur les Phlegmasies cutanées aiguës;

Par E. DE CAIGNOU *et* A. QUÉMONT, *DD.-MM.*

Ouvrage dédié à M. le Docteur BROUSSAIS, *par l'un des deux auteurs.*

LE système du docteur Broussais n'était connu que par quelques idées qu'il a jetées çà et là dans divers ouvrages, et particulièrement dans son Examen de la Doctrine Médicale. L'ouvrage que nous annonçons et qui paraît avec l'assentiment et l'approbation de ce médecin, ne contient encore que l'application de sa théorie à une partie des maladies, et ne suffit pas pour en donner une idée bien juste.

Nous allons essayer toutefois de présenter l'analyse de cet ouvrage avec le moins d'obscurité qu'il nous sera possible.

« Le germe de la doctrine de M. Broussais ne se

» rencontre dans aucun ouvrage moderne ; et celui
» de tous les auteurs anciens où l'on pourrait en
» trouver quelques vestiges, c'est sans contredit le
» seul Hippocrate.

» De la lésion des systêmes vasculaire et nerveux
» naissent les dérangemens des fonctions ; qui, réu-
» nis en divers groupes appelés symptômes, signes,
» ont servi à former jusqu'à ce jour des êtres qui
» ont reçu le nom de maladies.

» Les lésions pathologiques des divers tissus sont
» caractérisées par la diminution ou l'augmentation
» dans leurs phénomènes vitaux. Pour nous, le pre-
» mier de ces états sera une ab-irritation ; le second,
» une sur-irritation ou irritation morbide. Toutes les
» inflammations et les hémorrhagies sont produites
» par l'augmentation d'action et la sur-irritation du
» systême vasculaire rouge.

» Dans le systême vasculaire blanc, l'augmenta-
» tion des phénomènes vitaux, où la sub-inflamma-
» tion, détermine les maladies appelées par les au-
» teurs, du nom d'engorgemens lymphatiques,
» scrophules, etc. La diminution de ces mêmes phé-
» nomènes, ou l'ab-irritation, donne lieu aux sta-
» gnations d'humeurs ; delà les engorgemens pre-
» nant naissance de l'action diminuée de ces vais-
» seaux.

» Dans le systême nerveux, l'augmentation d'ac-
» tion nous sera connue sous le nom de névroses ac-
» tives, soit du systême nerveux de relation, soit
» de celui de nutrition.

« La diminution d'action, ou paralysie plus ou
» moins complète, sera désignée sous la dénomina-
» tion de névroses passives, et celles-ci se bornent
» au système nerveux de relation.

» A ces élémens se réduisent toutes les maladies. »

« Tous les organes sympathisent entr'eux.

» Lorsqu'un organe est irrité suffisamment pour
» réagir, on voit bientôt l'état du système gastrique
» se modifier en même temps que celui du cœur ; il
» y a d'abord accélération du pouls, élévation de la
» chaleur; l'irritation gastrique se manifeste par
» *une douleur et de la chaleur à l'épigastre*, la
» perte de l'appétit, l'altération du mucus lingual
» et le désir des boissons froides : l'estomac ainsi sti-
» mulé réagit sur toute l'économie, et produit un
» sentiment de fatigue dans les membres; il y a de la
» tendance au repos; tous les muscles sont changés dans
» leur manière d'être, ceux de la face principalement ;
» de là l'altération des traits. La peau éprouve un
» changement dans sa couleur; elle perd sa fraî-
» cheur ; ses fonctions sont plus ou moins alté-
» rées; les fonctions intellectuelles sont troublées,
» l'inquiétude survient, un sentiment douloureux
» et général fatigue le malade.

» Tous ces phénomènes s'expliquent parfaite-
» ment par les lois physiologiques qui enchaînent
» l'estomac à tous les autres organes. Donc la fièvre
» n'est autre chose que la coïncidence de l'exci-
» tation du cœur avec l'irritation gastrique.

» On doit faire une attention particulière aux » propositions suivantes :

» Il y a deux sortes de sympathies :

» Les organiques, et celles de perception.

» Les diathèses de toute espèce sont l'effet des » sympathies.

» L'inflammation chronique des capillaires *exhalans* se présente sous diverses formes :

» 1.o La tuberculeuse : elle appartient au système » *absorbant*.

» 2.o La lardacée : elle a son siége dans le *tissu cellulaire*. Il est impossible de dire *quels sont les » vaisseaux* qui concourent le plus à sa for- » mation.

3.o L'encéphaloïde ; 4.o la mélanose ; 5.o la car- » tilagineuse, l'osseuse, la calcaire.

« 6.o La dégénérescence en tissu érectile ; elle pa- » raît appartenir aux *capillaires sanguins*.

« 7.o La dégénérescence polypeuse ; *elle part » du tissu cellulaire*.

» 8.o Les dégénérescences enkystées.

» Ces dégénérescences sont produites par l'irrita- » tion *des vaisseaux blancs*.

» Toujours ces dégénérescences sont précédées » d'une irritation locale qui souvent n'est pas suffi- » sante pour déterminer l'injection des vaisseaux » rouges.

» Les vaisseaux sanguins et les nerfs y partici- » pent toujours, et donnent le premier coup de » fouet à ces dégénérescences. La vérité de cette

» assertion est fondée sur plusieurs faits très-po-
» sitifs.

» 1°. Toutes les fois qu'elles sont *précédées* de
» l'irritation du système sanguin, leurs progrès
» sont d'autant plus rapides, que celle-ci était et est
» encore plus grande.

» 2°. Lorsqu'elles n'en sont pas précédées, tou-
» jours la cause est stimulante, comme le prouve
» leur étiologie, et l'on peut ralentir ou accélérer
» leur marche, en calmant ou en rendant plus forte
» l'action de ces agens stimulans;

» 3.° On les voit se développer dans les tissus les
» plus vivans de l'économie, dans les âges où ces
» tissus jouissent de plus d'activité, et jamais dans
» ceux que la vie abandonne et qui sont frappés
» d'un état paralytique.

» 4.° Elles suivent les lois des sympathies pour se
» communiquer d'un organe à un autre.

» 5.° Elles attaquent les individus forts aussi bien
» que les faibles.

» Ce ne sont donc pas des engorgemens passifs que
» l'on puisse attribuer à l'accumulation de la lymphe
» dans les vaisseaux blancs, occasionnée par leur fai-
» blesse ou leur relâchement.

» L'état de ces tissus, que la mort nous met sous les
» yeux, est une autre preuve de cette concurrence.
» On les trouve rouges et couverts de sang épan-
» ché, tandis que les parties voisines sont blanches.

» L'induration commence toujours *dans le centre*
» *ou près du siége* de l'irritation sanguine. Nous

» supposons, par exemple, qu'un homme soit affecté » d'une *pneumonie*, qu'il tombe dans la phthisie, et » que cet état entraîne la mort : la *sub-inflammation se » développera dans l'endroit le plus irrité du paren- » chyme pulmonaire*, d'où elle se propage au centre » de l'organe, selon le degré d'inflammation qui s'y » rencontre.

» Les causes de l'inflammation sont des stimulans » immédiats ou médiats ; quelques-unes sont spéci- » fiques, et en même-temps contagieuses.

» Jusqu'à présent les phlegmasies n'ont géné- » ralement été traitées que par la méthode empi- » rique. L'on doit totalement rejeter ce mode de » traitement basé sur de faux principes.

» Dans le traitement des maladies, il importe » beaucoup d'avoir égard à l'action des médicamens » sur l'état physiologique.

» Toutes les maladies se réduisent à trois ou » quatre données, à trois ou quatre symptômes qui » se diversifient ensuite.

» On a généralement ignoré jusqu'à présent l'art » d'employer la saignée générale et la saignée lo- » cale dans les nuances inférieures des phlegmasies.

» La saignée générale convient dans l'irritation » des gros faisceaux. La saignée locale est mieux » appropriée aux inflammations des membranes.

» Le traitement des sub-inflammations doit d'a- » bord être prophylactique.

» En général, on prévient les sub-inflammations, » suite des phlegmasies, par les mêmes moyens qui

» conviennent dans le traitement de ces dernières. » Combattre l'inflammation, c'est combattre la sub- » inflammation qui lui succède ordinairement. On » guérit les sub-inflammations spontanées par la » soustraction des stimulans.

» Dans les sub-inflammations cutanées, les sti- » mulans locaux et généraux sont souvent utiles ; il » ne faut pas en conclure qu'elles dépendent de la » débilité.

» Dans les sub-inflammations intérieures, on pres- » crit la diète, on emploie certains stimulans qui, » en développant les sympathies, accomplissent la » dépuration des fluides, provoquent la résorption » des engorgemens.

» Quand la mort arrive lentement, toujours elle » est précédée de désorganisation : tandis qu'il y a » rarement altération des tissus lorsque la mort est » prompte ; la vie alors est interrompue par la » douleur.

» Les organes enflammés sont-ils affaiblis d'a- » vance ? La mort locale a lieu très-facilement à la » suite des irritations qui s'y déclarent. Telle est » l'origine de la gangrène par faiblesse.

» Dans toute irritation, il faut se servir alter- » nativement des antiphlogistiques, des stimulans, » des révulsifs, des dérivatifs, de l'abstinence, et » de la diète. »

Tels sont les principaux points qu'offrent les considérations générales qui forment la première

partie de l'ouvrage que nous analysons. Nous avons cherché le plus possible à conserver les expressions de l'auteur, dans la crainte d'altérer ses pensées. Nous n'y avons mêlé aucune réflexion, afin que le lecteur pût mieux en saisir l'ensemble. Nous allons maintenant examiner les principales propositions.

C'est un principe universellement reconnu aujourd'hui, que les sciences ne doivent s'appuyer que sur les faits et sur les conséquences immédiates qui en découlent naturellement; en suivant une marche différente, c'est-à-dire en remplaçant les choses sensibles par des abstractions, les conséquences rigoureuses par des conjectures ou des inductions, on est inévitablement conduit aux erreurs les plus graves : chaque page de l'histoire des sciences naturelles, et de la médecine en particulier, en offre des preuves irréfragables.

Mais, dira-t-on, les systèmes anciens ont été détruits parce qu'ils reposaient sur des bases fragiles, et les progrès récens de la physiologie permettent aux médecins modernes d'établir sur des fondemens solides la véritable théorie médicale. Autant en ont dit ou pensé ceux qui ont précédemment tenté la même entreprise, après avoir prouvé ou tout au moins reconnu que leurs prédécesseurs avaient échoué.

La physiologie seule, nous repète-t-on sans cesse, peut servir de base à la pathologie; c'est parce qu'on a négligé de réunir ces deux sciences, que la seconde a été long-temps dans l'enfance, et c'est par leur réunion, qu'en quelques jours, elle est

devenue adulte. J'avoue que je ne comprends pas ce reproche. Parle-t-on de la physiologie positive ou de la physiologie théorique? La première a, dans tous les temps, fourni des lumières à la pathologie, qui ne peut pas en être séparée; quant à la seconde, n'est-ce pas elle qui a enfanté tous les systèmes qui ont bouleversé la thérapeutique, en substituant aux précieuses traditions de la médecine pratique les funestes illusions d'un esprit inquiet et irréfléchi? On reproche à la médecine moderne de ne pas avoir pris pour base les théories physiologiques; ce sera là, je n'hésite point à le dire, son plus beau titre de gloire. C'est parce qu'elle a pris pour seules bases l'expérience et l'observation, qu'elle tient rang parmi les sciences positives.

Montrer l'influence pernicieuse qu'ont exercée les systèmes sur la marche de la médecine, c'est mettre en garde contre le nouveau système, c'est presque dire qu'il doit être compris dans la même proscription. Il nous reste à le prouver.

Le système de M. Broussais comprend deux choses distinctes : la *localisation* des maladies, et la théorie de l'*irritation*. Ces deux points ne doivent pas être confondus; l'un pourrait être vrai sans que l'autre le fût; ils doivent en conséquence être l'objet d'un examen particulier.

Suivant M. Broussais, il n'y a pas de maladie qui affecte toute l'économie; toutefois, ce qui est assez singulier, il fait une seule exception en faveur du scorbut aigu ou chronique. Toutes les affections

désignées sous le nom de fièvres, que l'auteur avait long-temps considérées comme des êtres particuliers, sont des maladies de l'estomac et des intestins; Nous croyons avoir démontré ailleurs le vague de cette assertion et la fausseté des conséquences (1) qu'on en a déduites. Nous n'y reviendrons point; nous ferons seulement remarquer ici que cette première partie du système de M. Broussais n'est pas entièrement de son invention; le germe en existait ailleurs, dans les ouvrages d'un médecin qui avait donné aux divers genres de fièvres des dénominations tirées de leur siége présumé. Ce médecin fut le maître de M. Broussais.

Passons à la théorie de l'irritation. L'action intime des organes, quand elle s'exerce régulièrement, constitue la santé; lorsqu'elle est troublée, elle constitue la maladie; cette altération, suivant M. Broussais, se présente sous deux formes: l'action est augmentée, ou elle est diminuée: les organes sont *sur-irrités* dans le premier cas; ils sont *ab-irrités* dans le second. Toutes les maladies appartiennent à l'une ou à l'autre de ces divisions; l'ab-irritation est fort rare et la sur-irritation très-commune.

Une doctrine fondée sur les changemens qui s'opèrent dans l'action intime des organes, repose sur de mauvaises bases, puisque cette action intime nous

---

(1) Mémoire sur l'existence des Fièvres, lu à la Société de l'Ecole de Médecine. Ce mémoire sera publié prochainement.

échappe, et qu'il nous sera toujours impossible de l'apprécier. Nous admettons volontiers que cette action puisse être exaltée ou affaiblie; mais n'est-il pas évident qu'elle peut être altérée, dépravée d'une infinité de manières différentes, et que vouloir fixer le nombre des modifications qu'elle peut offrir est une prétention à laquelle on ne saurait quel nom donner. Cette doctrine repose donc non seulement sur des bases incertaines, mais sur un principe évidemment faux, et qui ne peut donner lieu qu'à des conséquences incertaines. Remarquons encore ici la ressemblance qui existe entre cette théorie et celle des maladies sthéniques et asthéniques; la seule différence que j'y voie existe dans la manière dont Brown et M. Broussais ont fait le partage des maladies. L'un les rapporte presque toutes à la classe des affections asthéniques, l'autre les range, à quelques exceptions près, dans celle des affections sthéniques. Fallait-il donc tant crier contre Brown et contre M. Pinel? Etait-il nécessaire de dire que *le germe de la doctrine de M. Broussais ne se rencontrait dans aucun auteur ancien ou moderne, à l'exception peut-être du seul Hippocrate ?*

Les nerfs et les vaisseaux sont, suivant l'auteur du nouveau système, les seules parties qui puissent être le siége des maladies : il admet des sur-irritations des vaisseaux rouges, des sur-irritations et des ab-irritations des vaisseaux blancs, des névroses actives et passives; *élémens auxquels se réduisent toutes les ma-*

ladies. Nous cherchons à entrevoir dans laquelle de ces classes l'auteur placera beaucoup d'affections où les vaisseaux et les nerfs ne jouent aucun rôle, telles que la dilatation, le rétrécissement douloureux des divers organes, leur rupture spontanée, les hydatides, les calculs qui se forment dans un si grand nombre de parties, et tant d'autres maladies qu'il serait trop long, et qu'il est du reste superflu d'énumérer.

Cette espèce de classification a conduit l'auteur à admettre comme démontrées une multitude de conjectures sur le siége intime des maladies; la péripneumonie, par exemple, occupe les capillaires sanguins; les tubercules, les vaisseaux absorbans; telle autre maladie les exhalants, etc., etc. Je ne sais si cette application de la méthode analytique à la médecine peut devenir un jour de quelque avantage, mais je ne puis croire, quand je trouve un organe membraneux ou parenchymateux altéré dans sa structure, que le mal n'occupe qu'un ordre déterminé des vaisseaux qui entrent dans sa composition; l'application attentive de mes sens ne me montrera jamais dans la dégénérescence tuberculeuse d'une grande portion d'un poumon une maladie bornée aux vaisseaux lymphatiques, et qui aura respecté les vaisseaux sanguins, les ramuscules bronchiques, le tissu cellulaire et les nerfs qui forment avec les premiers le parenchyme pulmonaire.

Je signalerai enfin dans cette distribution des ma-

ladies en actives et en passives, un principe faux, qui doit avoir les plus funestes conséquences, par cela même qu'il conduit à employer toujours la méthode débilitante ou la méthode stimulante, lorsqu'il est démontré pour tous les esprits sages, qu'un grand nombre de maladies ne doivent être attaquées ni par l'une ni par l'autre. Encore est-il un grand nombre de maladies dans lesquelles on ne laisse pas le choix entre ces deux méthodes; les affections des vaisseaux sanguins, par exemple, c'est-à-dire, toutes les inflammations et toutes les hémorrhagies, étant toujours dues à la sur-irritation, réclament exclusivement la méthode débilitante. Je relèverai en particulier une autre opinion non moins fausse, relative à la division des névroses. La paralysie y est présentée comme toujours passive, et les convulsions comme constamment actives. J'en appellerais, s'il était nécessaire, à tous les praticiens : en est-il un seul qui ne soit convaincu, par sa propre expérience, que la paralysie est souvent une maladie active, c'est-à-dire, exigeant les moyens débilitans, et que les convulsions peuvent réclamer les aromatiques et les toniques ?

L'histoire des sympathies est longuement exposée. M. Broussais emploie ce mot dans son acception la plus étendue; *tous les organes sympathisent entr'eux*. Toutefois il paraît donner à la sympathie un centre particulier qu'il place dans l'estomac. Toutes les fois, selon lui, qu'un organe quelconque est irrité suffisamment pour réagir, il produit entr'autres phéno-

nes, *l'irritation gastrique qui se manifeste par la douleur et la chaleur à l'épigastre, la perte d'appétit, l'altération du mucus lingual, et le désir des boissons froides. L'estomac ainsi stimulé, réagit sur toute l'économie, et produit un sentiment de fatigue dans les membres, l'altération de la physionomie et du teint, etc., etc. Tous ces phénomènes s'expliquent parfaitement par les lois qui enchaînent l'estomac à tous les autres organes. Donc la fièvre n'est autre chose que la coïncidence de l'excitation du cœur avec l'irritation gastrique.*

Si *tous les organes sympathisent entr'eux*, cette action intermédiaire de l'estomac n'est pas nécessaire : si elle est nécessaire, ce n'est plus entr'eux qu'ils sympathisent, c'est avec l'estomac. Les preuves par lesquelles on cherche à établir sur cette sympathie de l'estomac, la théorie de la fièvre, me paraissent inexactes et insuffisantes.

1.° Elles sont inexactes.

Il est faux que dans tout mouvement fébrile il y ait chaleur, douleur à l'épigastre, altération du mucus lingual.

Il est faux que le trouble des fonctions de l'estomac précède constamment les douleurs des membres. Ce dernier symptôme est, dans beaucoup de cas, le premier qui se présente lors de l'invasion d'une maladie.

Il est faux que dans tout mouvement fébrile l'irritation de l'estomac soit un des phénomènes principaux de la maladie, et, dans beaucoup de cas,

l'habitude extérieure, les mouvemens, la voix, les fonctions intellectuelles et affectives, la respiration, la chaleur, les sécrétions sont troublées autant ou même plus que la digestion.

2.° Elles sont insuffisantes.

En effet, lors même que les faits allégués seraient exacts, il ne s'en suivrait pas rigoureusement que le trouble de toute l'économie fut le résultat de l'irritation sympathique de l'estomac, et non de la maladie, qui aurait produit cette irritation. Lorsqu'un membre sera le siège d'une vaste plaie, lorsqu'un poumon sera enflammé, il sera toujours beaucoup plus naturel d'attribuer les phénomènes généraux à une cause aussi apparente, qu'à une prétendue inflammation sympathique de l'estomac.

Dans ses généralités sur l'inflammation, M. Broussais range toutes les dégénérescences, au nombre de huit, parmi les phlegmasies chroniques des *capillaires exhalans*. De ces huit espèces, la première appartient au système *absorbant;* la seconde et la septième au *tissu cellulaire*, la sixième aux *capillaires sanguins* (1) : du reste elles sont *toutes* produites par l'irritation des *vaisseaux blancs*. Comment le lecteur se tirera-t-il de ce chaos, dans lequel l'auteur lui-même aurait de la peine à se reconnaître.

Ces dégénérescences, dit M. Broussais, sont toujours précédées d'une irritation locale. Les vaisseaux

(1) *Voyez* plus haut, page 62.

sanguins et les nerfs y participent *toujours* et donnent le premier *coup de fouet*. Voici sur quoi il fonde cette *participation métaphorique*.

1.° Lorsque l'irritation du système sanguin précède ces dégénérescences, elles marchent plus vite. Cette assertion se rattache à l'ancienne doctrine médicale, qui rangeait ces dégénérescences parmi les divers modes de terminaison de l'inflammation.

2.° *Lorsqu'elles ne sont pas précédées de l'irritation du système sanguin* (qui donne toujours le premier coup de fouet) *la cause est stimulante comme le prouve leur étiologie*. Les causes des dégénérescences sont, de l'aveu de la plupart des médecins, fort incertaines; celles des dégénérescences osseuse, cartilagineuse, encéphaloïde, sont, on doit le dire, presque entièrement inconnues. On connaît quelques-unes des conditions sous l'influence desquelles se développent les tubercules et les cancers, et ces causes-là, prises en masse, appartiennent plutôt aux agens débilitans qu'aux agens stimulans. Ainsi M. Broussais donne pour base à ses assertions hypothétiques, d'autres assertions plus hypothétiques encore ou évidemment inexactes, pour ne pas dire plus: c'est le moyen de ne pas rester court.

3.° *Ces dégénérescences attaquent les tissus les plus vivans de l'économie, dans les âges où ces tissus jouissent de plus d'activité, et jamais dans ceux que la vie abandonne.* Rien n'est plus inexact encore que cette nouvelle proposition; je ne dirai rien de cette inégalité de vie que l'auteur distribue aux

divers tissus, je lui ferai seulement remarquer que parmi ces dégénérescences, les unes attaquent les enfans et les jeunes gens, que les autres surviennent particulièrement dans l'âge mûr, les autres enfin dans la vieillesse; qu'établir des règles générales pour des choses qui se ressemblent aussi peu que le tubercule, le cancer, l'ossification, les kystes, c'est confondre les choses les plus distinctes, et porter l'obscurité ou l'erreur là où l'on prétend répandre la lumière et la vérité. Le cœur a-t-il plus de vie chez le vieillard chez lequel les ossifications de ce viscère sont fréquentes, qu'il n'en a chez le jeune homme où elles ne se rencontrent jamais? L'utérus et les ovaires sont-ils plus vivans après la cessation des règles, et est-ce par ce motif qu'ils sont alors fréquemment le siège de diverses dégénérescences? *Jamais*, ajoute l'auteur, *ces dégénérescences n'attaquent les organes paralytiques*. Il ne peut être ici question que des membres, car la paralysie des parties intérieures d'une part est fort rare et ordinairement obscure dans son diagnostic; et de l'autre, elle est souvent mortelle dans un espace de temps fort court; c'est le contraire pour les membres, dans lesquels la paralysie est fréquente, facile à reconnaître, et persiste, dans beaucoup de cas, assez long-temps pour que les dégénérescences puissent s'y développer. Or *jamais ils n'en sont le siège*. Ce *jamais* là est un peu hardi, et un *peut-être* ajouté à la phrase n'eût pas été de trop. Nous convenons très-volontiers qu'il est extrêmement rare d'observer les dégé-

nérescences dans les membres paralysés, mais nous ferons remarquer qu'il est de même extrêmement rare de rencontrer les tubercules, les cancers, les ossifications, la mélanose et l'encéphaloïde dans les membres qui jouissent de leurs mouvemens, et que, par exemple, *jamais*, *peut-être*, on n'a vu ces dégénérescences se développer chez un hémiplégique dans le membre sain et respecter le membre malade.

Une quatrième raison, apportée à l'appui de la proposition première, est que les dégénérescences suivent, en s'étendant d'un organe à un autre, les lois des sympathies. En admettant cette nouvelle assertion, toute aussi hypothétique que la plupart des autres, je ne saisirais pas comment un fait de cette nature démontrerait que ces dégénérescences fussent toujours produites par l'irritation du système sanguin, fussent toujours des inflammations. Enfin, dans un autre endroit de son ouvrage, l'auteur ajoute que ces maladies attaquent les individus forts aussi bien que ceux qui sont faibles, et que dès-lors on ne peut les considérer comme produites par la faiblesse. Je lui accorde d'autant plus volontiers ce principe, qu'il me fournit le même argument contre lui : si les dégénérescences attaquent les personnes faibles aussi bien que celles qui sont fortes, elles ne doivent pas être considérées comme sthéniques; si la force de la constitution n'a aucune influence sur leur développement, elles ne sont dues ni à la sur-irritation, ni à l'ab-irritation, et si leur

cause première pouvait être découverte, ce serait ailleurs qu'il la faudrait chercher.

La dernière preuve apportée par l'auteur lui est fournie par l'anatomie pathologique : *on trouve les parties affectées de dégénérescences, rouges et couvertes de sang épanché.* Sur les huit variétés qu'il admet, les deux premières offrent une couleur *blanche-grise* ou *jaune* (tubercule et cancer) ; la troisième est ordinairement *grisâtre* (encéphaloïde) ; la quatrième est toujours *noire* (mélanose) ; la cinquième est d'un *blanc* qui tire sur le bleu ou sur le jaune (dég. cartilagineuse, osseuse, calcaire) la huitième peut offrir les couleurs les plus variées. Jusqu'ici on ne voit rien de rouge : la septième l'est quelquefois ; la sixième seule l'est constamment ; mais comme l'auteur nous l'apprend lui-même, ces deux dernières ont leur siège ailleurs que dans les vaisseaux blancs. Quant au sang épanché qui couvre ces dégénérescences, on n'en trouve ni sur les tubercules, ni sur la mélanose, ni sur le cancer lardacé, ni sur les tumeurs cartilagineuses, osseuses, calcaires, ni sur la plupart des kystes, et si l'encéphaloïde en présente quelquefois, ce n'est pas à beaucoup près le cas le plus ordinaire. Où donc l'auteur a-t-il vu tout cela ? au travers de quel prisme observe-t-il ?

Il faudrait écrire un volume presqu'aussi gros que l'ouvrage, si l'on voulait relever tout ce qu'il contient d'inexact. Je me hâte d'arriver à la partie pratique.

« Jusqu'à présent les phlegmasies n'ont généra-
» lement été traitées que par la méthode empirique;
» l'on doit totalement rejeter ce mode de traitement
» basé sur de faux principes. »

Cette phrase contient deux assertions distinctes, la première est au moins inexacte, car les médecins raisonneurs n'ont jamais manqué, et la médecine rationnelle a toujours compté plus de partisans que la médecine expérimentale. La seconde assertion aurait bien d'autres conséquences, s'il était possible qu'elle fut admise; si l'on *rejetait totalement tout mode de traitement empirique*, il faudrait renoncer à ce qu'il y a de plus positif en thérapeutique; attendu que c'est l'empirisme seul qui nous l'a fourni. Au reste, cette déclamation paraîtra d'autant plus déplacée qu'il s'agit ici des phlegmasies, maladies dans lesquelles on a jusqu'ici employé le repos de l'organe affecté, les saignées, les boissons rafraîchissantes, les topiques aqueux, et une diète convenable, et que M. Broussais lui-même est réduit à les traiter de la même façon.

« Toutes les maladies se réduisent à trois ou
» quatre données, à trois ou quatre symptômes;
» qui se diversifient ensuite. » Voilà la médecine réduite à sa plus grande simplicité. Comment l'auteur ne nous expose-t-il pas ces trois ou quatre données, qui nous apprendraient tant de choses?

« La saignée générale convient dans l'irritation
» des gros faisceaux, la saignée locale est mieux
» appropriée aux inflammations des membranes;
» on avait généralement ignoré jusqu'ici l'art d'em-

» ployer la saignée générale et la saignée locale. »

Je ne pense pas que l'auteur ait ici la priorité qu'il réclame ; tous les praticiens savent depuis longtemps que la saignée générale est le plus souvent préférable à l'application des sangsues dans l'inflammation du poumon, et que dans quelques inflammations superficielles, accompagnées de peu de réaction, la saignée locale est préférable. Mais ce n'est pas seulement le siége du mal qui les dirige dans le choix de ces deux moyens, et beaucoup d'autres circonstances qu'il ne convient pas d'énumérer ici, concourent à fixer leur détermination. Le vrai praticien est celui qui rassemble et apprécie le mieux toutes les circonstances d'une maladie, pour en déduire avec la mesure convenable des indications précises : ce n'est jamais d'après une seule donnée qu'il fixe son jugement.

On guérit les sub-inflammations, c'est-à-dire les inflammations des vaisseaux blancs, vulgairement appelées dégénérescences, par la soustraction des stimulans qui les ont produites et qui les entretiennent. On se demande quel est ce stimulant qui produit l'ossification morbide, la dégénérescence tuberculeuse, mélanée, cartilagineuse, qui détermine la formation d'un kyste et dont la soustraction fera disparaître ce kyste ou avancera la résolution du cancer. L'auteur ne s'explique pas encore sur ce sujet.

« Dans les sub-inflammations cutanées, les
» stimulans locaux ou généraux sont souvent utiles ;

» il ne faut pas en conclure qu'elles dépendent de » la débilité » C'est l'opinion de beaucoup de médecins; mais la guérison d'une sur-irritation par des topiques irritans sera toujours un fait qui s'ajustera fort mal à la théorie de M. Broussais.

« Dans les sub-inflammations intérieures on prescrit la diète, et on emploie certains moyens stimulans qui en développant les sympathies, *accomplissent la dépuration des fluides.* » Ces derniers mots échappés à l'auteur, me paraissent fort remarquables de sa part; il admet dans les maladies cancéreuses, tuberculeuses et autres altérations organiques, une dépuration, et dès-lors une altération des liquides. Si cette altération existe, les diathèses ne sont-elles encore que l'effet des sympathies? Cette altération ne peut-elle pas exister aussi à l'état aigu, et donner lieu aux symptômes des fièvres? que de conséquences ne pourrait-on pas tirer de ces seuls mots contre son système qui appartient manifestement au solidisme.

Nous nous sommes longtemps arrêtés sur les généralités qui forment la première partie de l'ouvrage que nous analysons, parce que c'est celle qui est la plus propre à donner une idée de la théorie de l'auteur.

La seconde partie ou pathologie spéciale, comprend seulement les phlegmasies de l'estomac et des intestins, celle du tissu cellulaire, et celle de la peau distinguée et superficielles et en *perpendiculaires*, dénomination du moins neuve, si elle n'est pas exacte.

L'auteur commence par les phlegmasies abdominales, parce qu'elles compliquent selon lui toutes les autres, celles du moins qui sont accompagnées de mouvement fébrile. « *Pour qu'il y ait fièvre, il faut que* » *les viscères présentent les quatre phénomènes qui* » *caractérisent l'inflammation, savoir : la dou-* » *leur, la rougeur, la chaleur et la tumeur.* »

La fièvre suppose-t-elle un état particulier de l'estomac ? sans doute, elle suppose rougeur, chaleur, douleur, tumeur.

« Etudier l'estomac devenu rouge, chaud, et » dans un état qui approche de celui que produit » l'érysipèle, c'est étudier la plus grande partie » des maladies. »

» L'estomac est un sens et le plus influent de » tous.... Ses impressions ne sont pas toujours perçues » par notre intelligence, mais l'organisme les per- » çoit. L'estomac est le foyer où viennent tomber » tous les rayons de l'animal; ensuite il les réfléchit. » Ces propositions n'ont pas besoin d'être discutées.

Parmi les causes propres à produire la gastrite, nous avons remarqué, 1.º la chaleur de l'air qui par suite de son action sur les nerfs, sur la peau et sur les membranes muqueuses, détermine la *sécheresse*, la chaleur et la rubéfaction de la surface interne de l'estomac. 2.º Les exercices excessifs qui produisent dans les membres une sensation douloureuse, laquelle est transmise à l'estomac. 3.º Les contusions, les plaies extérieures qui influencent toujours l'estomac par la voie des sympathies.

Parmi les symptômes de la gastrite, l'auteur indique dans *plusieurs endroits* de cet ouvrage la sécheresse et la rougeur du méat urinaire chez la femme. Examiner le méat urinaire chez les femmes qui ont des gastrites, c'est assurément pousser loin l'esprit d'exploration!

La fièvre algide et la suette, ne sont que des formes particulières de la gastrite, à ce que prétend l'auteur.

Nous ne le suivrons pas dans les argumens sur lesquels il s'appuie pour démontrer que les fièvres graves sont toujours dues à l'inflammation de la membrane muqueuse stomacale et intestinale. Nous avons examiné ce point dans notre Mémoire sur l'existence des fièvres. Nous devons seulement ajouter que ce qu'il dit sur les bons effets des débilitans, employés dans tout le cours de la maladie, est en opposition formelle avec ce que les meilleurs observateurs ont consigné dans leurs ouvrages.

Puisque nous en sommes au traitement des fièvres graves, nous ferons remarquer que la plupart des déclamations auxquelles l'auteur s'est livré sur cet objet, portent plutôt sur ses propres erreurs que sur ce qui a été enseigné avant lui. M. Broussais, lorsqu'il était disciple du professeur Pinel, avait pensé que les fièvres étaient des êtres particuliers, que les fièvres graves ou adynamiques devaient être traitées dès leur début par les toniques les plus énergiques, erreurs que n'a jamais enseignées le professeur Pinel, et qui sont même en opposition avec ses écrits et avec sa pratique. Quelques esprits

légers et irréfléchis ont, dans ces derniers temps, abusé des toniques dans les fièvres graves, et peut-être, il faut en convenir, la dénomination de fièvre adynamique a-t-elle contribué à propager cette méthode. Mais les hommes sages ont su éviter cet excès : ils ont, dans le cours de ces maladies, employé avec discernement les évacuans, les rafraîchissans, les stimulans, les révulsifs et les toniques. La saignée générale elle-même a été mise en usage avec succès, dans le début de la maladie, chez les sujets jeunes et bien constitués, et l'application des sangues sur le ventre a été prescrite lorsque la sensibilité de cette région l'a indiqué. Dans quelques cas, les simples boissons rafraîchissantes et acidulées ont été seules mises en usage pendant tout le cours de la maladie; dans d'autres, les toniques les plus énergiques ont dû être employés dès le début. Il est contraire à tous les principes de soumettre des maladies aussi variées dans leurs formes, à une méthode semblable de traitement, et M. Broussais lui-même, malgré sa prédilection pour l'application des sangsues et les boissons aqueuses, est obligé de convenir que les toniques sont quelquefois nécessaires, mais qu'ils sont fort difficiles à manier. Ce qu'il dit des toniques, on doit le dire de tous les moyens énergiques et de la saignée par conséquent; il n'y a que les remèdes insignifians qui soient à l'abri de ce reproche.

En confondant sous la dénomination de gastro-entérite toutes les affections fébriles, les diarrhées

légères, les simples douleurs abdominales, et en considérant ces maladies comme des affections qui, sans l'emploi de sa méthode, seraient devenues des fièvres adynamiques, M. Broussais est conduit à s'attribuer des succès extraordinaires : « Il » dissipe ainsi, comme il le dit lui-même, des gas- » tro-entérites dans l'espace de cinq à six heures, » de trois à quatre jours au plus. Sur cent maladies » et plus traitées de cette manière, on en voit à peine » quatre ou cinq passer à l'état adynamique. » En confondant ainsi des choses entièrement différentes, M. Broussais peut-il n'être pas induit journellement en erreur sur les bons effets des sangsues, et ne croit-il pas avoir prévenu un mal, qui n'était nullement à craindre ? Le médecin que la prévention n'aveugle pas, sait reconnaître, dès les premiers jours de la maladie, une affection grave, et en fixer approximativement la durée ; il sait que rien ne peut en suspendre le cours et que les moyens les mieux appropriés ne pourront qu'en modérer la violence; il porte son prognostic en conséquence, et quelle que soit la méthode de traitement employée, on ne voit pas la maladie disparaître en quelques heures ou en quelques jours.

« Les vomitifs réussissent quelquefois à enlever » une gastrite légère, en déterminant une révul- » sion par les évacuations gastriques intestinales et « par la sueur. » Voilà encore une de ces explications forcées qui s'adaptent bien peu à la théorie de l'irritation, aussi l'auteur se hâte-t-il d'ajouter que

les vomitifs doivent être rayés du catalogue des moyens appropriés. Il n'en était pas de même autrefois, ils avaient une efficacité merveilleuse dans le traitement des fièvres hectiques gastriques, qui sont une des variétés de la gastrite.

Les purgatifs et les simples laxatifs employés dans le but d'évacuer les matières plus ou moins irritantes contenues dans les intestins, sont proscrits par M. Broussais. Il ne paraît pas croire que ces matières puissent contribuer à l'ulcération des intestins ; toutefois, quelques pages plus loin, il pense que l'eau pure, bue en grande quantité, peut favoriser la putréfaction de ces matières et *les rendre importunes* à la muqueuse du gros intestin.

Les toniques sont quelquefois si manifestement utiles, que M. Broussais est obligé d'en convenir ; mais il se retranche sur la manière de l'expliquer : selon lui, les toniques portés dans l'estomac agissent alors en produisant une révulsion qui augmente les sueurs, les selles, les urines... Je ne serais pas étonné d'entendre bientôt dire que le quinquina, dont on saupoudre une plaie de mauvaise nature, agit comme révulsif sur l'estomac, et que ce n'est pas à son action sur la plaie, mais à celle qu'il exerce sur ce viscère, qu'il faut attribuer les bons effets qu'il produit.

En parlant de la dysenterie, M. Broussais pense que dans la plupart des cas elle n'est pas contagieuse. Nous partageons avec lui cette opinion, que nous avons émise dans nos cours depuis plusieurs années.

La gastrite chronique se présente, suivant notre

auteur, sous un grand nombre de formes, telles que la dyspepsie, l'hypoehondrie, ete. Cette dernière affection, qui n'offre, dans quelques cas, pour symptômes, que la suseeptibilité excessive du système nerveux et la morosité du earaetère, sans trouble spécial des digestions, ne saurait être eonsidérée comme une gastrite chronique, à moins de voir des gastrites dans toutes les maladies.

Le squirrhe de l'estomae est eonsidéré par M. Broussais eomme une variété de la gastrite chronique. Il le eonsidère comme incurable, ee qui n'est pas tout-à-fait d'aeeord avec les assertions précédemment émises sur le traitement des inflammations des vaisseaux blanes, maladies dans lesquelles il ne s'agit que de *soustraire les stimulans* pour obtenir la guérison.

Le carreau, ou dégénéreseenee tuberculeuse des glandes mésentériques, n'est, suivant M. Broussais, qu'une variété de l'entérite; la membrane muqueuse des intestins est toujours affeetée la première. Nous ne saurions partager cette opinion. L'inflammation de la membrane des intestins peut sans doute produire le gonflement, la rougeur et même la suppuration des glandes lymphatiques correspondantes; mais leur dégénéreseence tubereuleuse est due à d'autres causes. Ce qui se passe dans les glandes sous-cutanées; et partieulièrement dans eelles du cou, peut éelairer la question. Si un érysipèle ou quelqu'exanthème vient à se montrer au visage ou au cuir ehevelu, ces glandes de-

viennent douloureuses, se tuméfient, rougissent et quelquefois même suppurent : c'est là l'inflammation aiguë ou chronique des glandes, qu'on ne doit pas confondre avec les scrophules, dont les symptômes, la marche et le mode de terminaison sont très-différens, qui se développent sous l'influence de causes d'un tout autre genre, et qui produisent dans l'organisation des glandes un autre mode d'altération.

La diarrhée chronique, ou *inflammation* primitive du colon, offre plusieurs degrés. Dans le premier degré, il n'y pas de *phlogose apparente*. Les selles peuvent être assez abondantes et assez répétées pour entraîner la mort en quelques mois (*sans phlogose apparente*). Or est-ce là une inflammation, et une inflammation qu'il faille traiter par la méthode antiphlogistique ? M. Broussais n'hésitera pas à répondre *oui*; il ajoutera même que *des phlegmasies que l'on voit survenir à la suite de causes débilitantes, exigent le même traitement que celles qui sont produites par des causes directement excitantes*. Je croirais manquer à mes lecteurs, si je discutais une pareille hérésie.

L'application de sangsues sur le ventre, dans les prétendues gastrites et entérites chroniques, ne produit pas toujours le soulagement qu'elle *devrait* procurer, d'après les raisonnemens de l'auteur. Cette malicieuse opiniâtreté de la maladie en embarrasserait peut-être un autre. M. Broussais y trouve presque un nouvel appui à sa doctrine. « Le mal-aise qui a » lieu après la première application de sangsues,

« provient de ce que les viscères qui *souffrent* de la » soustraction subite des matériaux qu'ils étaient ac- » coutumés à recevoir, en attirent d'autres, ce qui » augmente momentanément la congestion et la dou- » leur. » Je vois pourtant là une difficulté : si le viscère affecté souffre de la soustraction des fluides qu'il recevait et qu'il attire à lui ceux qui sont destinés aux organes voisins ; ceux-ci doivent souffrir à leur tour de cette soustraction et s'y opposer de tous leurs moyens ; or ne doit il pas résulter de tout cela quelqu'incertitude dans les opérations des parties opposées, et dans les conjectures des observateurs ?

Sous le nom de tissu cellulaire, M. Broussais confond le tissu adipeux et le tissu lamineux, dont la disposition anatomique et les fonctions sont fort différentes, ainsi que l'ont démontré les recherches de plusieurs anatomistes, et celles du professeur Béclard en particulier. Il est permis d'être étonné que M. Broussais ne soit pas au courant de ces travaux.

Sous le nom d'érysipèle, M. Broussais confond l'érysipèle proprement dit, le zona, l'urticaire, les *engelures*. L'urticaire produite par l'usage des moules, des poissons corrompus, est, suivant lui, une affection sympathique de l'irritation de l'estomac. Cette assertion n'est pas démontrée, et un peu d'hésitation dans la manière de l'exprimer n'eut pas été déplacée. Ce n'est pas au moment où ces alimens sont portés dans l'estomac qu'ils produisent l'exanthème ortié, c'est lorsque la digestion en est commencée ou même presque achevée ; c'est plusieurs

heures, quelquefois même douze heures après leur ingestion, et lorsqu'ils sont déjà parvenus en partie dans la masse des liquides en circulation, qu'on observe les premiers accidens. Un vomitif administré quand ils commencent ne les fait pas disparaître, sans doute parce que la cause est déjà ailleurs que dans l'estomac. L'assertion de M. Broussais est donc au moins très-hasardée.

Dans les érysipèles légers, la diète et *quelques sangsues* suffisent pour obtenir la guérison. Les sangsues doivent-elles être associées à l'honneur de cette cure? sont-elles nécessaires? sont-elles seulement utiles? Nous ne le pensons pas, et nous ajoutons qu'elles seraient quelquefois nuisibles, attendu qu'il n'est pas rare de voir survenir un érysipèle dans l'endroit de leur piqûre.

» Quand l'érysipèle est accompagné de pustules, » il est ordinairement le symptôme de l'affection » gastrique; on doit appliquer des sangsues sur » l'épigastre, et saupoudrer la partie avec de la » farine de froment. » Ces deux préceptes thérapeutiques doivent être rejetés : l'application des sangsues à l'épigastre, parce qu'elle n'est pas nécessaire, quand elle n'est pas indiquée autrement que par des pustules; l'usage de la farine, parce qu'il donne souvent lieu à la formation de croûtes épaisses sous lesquelles se forment des ulcérations profondes.

Les vomitifs ont souvent produit de bons effets dans les érysipèles; ils ont agi comme des dérivatifs,

ou plutôt comme des révulsifs portés sur l'estomac, cela est fort bien, mais précédemment M. Broussais nous a appris que les vomitifs réussissaient quelquefois dans la gastrite en excitant la peau, en produisant vers elle un afflux des liquides : ces médicamens-là sont bien dociles à la volonté du médecin, si leur action principale porte sur la peau dans l'inflammation de l'estomac, et sur l'estomac dans l'inflammation de la peau.

Dans l'anthrax, dans la pustule maligne, dans la rougeole, la scarlatine, il y a, suivant M. Broussais, complication de gastro-entérite, et c'est cette dernière maladie qui doit attirer plus particulièrement l'attention du médecin. Dans la variole, il y a deux gastro-entérites.

M. Broussais pense que dans la variole, la confluence est en raison de la prédisposition inflammatoire, et qu'en conséquence plus la variole est confluente, plus il faut insister avec énergie sur les moyens antiphlogistiques. Ce précepte nous paraît si contraire à l'observation et à l'expérience, qu'il suffit de le signaler pour en montrer tout le danger.

La vaccine a aussi sa gastro-entérite. Il faut même qu'elle existe, mais à un léger degré, pour que la vaccine soit préservative. Si la gastro entérite est trop forte, comme on le voit quelquefois chez les enfans robustes, « elle détruit la propriété préservative de la vaccine. » Je demanderai à M. Broussais si la même complication existant dans la variole,

le sujet serait exposé à contracter une seconde fois cette maladie.

Le pemphigus est la dernière affection dont parle M. Broussais; « il existe, dit-il en terminant, plu-
» sieurs phlegmasies cutanées dont l'irrégularité et le
» peu d'importance nous dispensent de traiter ici;
» d'ailleurs elles ne dépendent, dans la majorité des
» cas, que de *l'irritation gastrique.* » C'est terminer la scène par un *trait caractéristique.*

La théorie de M. Broussais, autant que nous pouvons la juger d'après l'ouvrage qui vient d'être analysé, repose sur un certain nombre d'hypothèses premières, espèce de source intarissable, d'où découlent, à sa volonté, des milliers d'assertions hasardées et d'explications laborieuses. Si l'on considère le but auquel le conduit cette théorie spéculative, on voit pour dernier résultat, que toutes les maladies, ou presque toutes, sont des inflammations; que les émissions de sang et les boissons aqueuses conviennent dans le traitement de toutes les maladies, que l'estomac est le siége primitif ou secondaire de toutes les affections aiguës, ensorte qu'après avoir accumulé, exagéré même, tous les inconvéniens de la médecine systématique, il est conduit à un résultat que désavouerait l'empirisme le plus aveugle. En effet le médecin empirique prescrit un même moyen dans une maladie quelconque, quelles que soient les modifications qu'elle présente; mais encore a-t-il autant de remèdes que de maladies. M. Broussais propose

pour toutes ou à peu près toutes un seul mode de traitement. Je sais que ce médecin ne dit pas positivement que telle soit sa doctrine ; mais comme ceux qui lisent attentivement son ouvrage, ont la conviction, lorsqu'ils l'ont terminé, que telle est, malgré quelques correctifs, la pensée de l'auteur, il nous est permis de donner à ses écrits le sens que lui donnent tous ceux qui les lisent.

Enfin un des plus grands vices de ce système est de conduire ceux qui le suivent à ne considérer dans la maladie que la lésion locale et à négliger les indications, au moins aussi importantes, qui sont fournies par l'état général du sujet. Ce vice, que nous ne faisons que signaler ici, conduit nécessairement dans la pratique, aux plus funestes résultats.

Après avoir jugé aussi sévèrement la doctrine de M. Broussais, nous croyons de notre devoir de reconnaître les services que dans d'autres occasions il a rendus à la science; nous pensons et nous le disons hautement que s'il s'est égaré lorsqu'il a voulu construire un système, il a le mérite d'avoir attaqué avec force et plusieurs fois avec justesse, les opinions émises par ceux qui l'avaient précédé; qu'il a signalé avec raison les mauvais effets qui résultent de l'usage inconsidéré des toniques dans les maladies aiguës, et que s'il a souvent été entraîné, soit dans la forme soit dans le fond, au-delà des justes bornes, il faut l'attribuer à des motifs honorables, et particulièrement à un zèle extrême pour la science.

CHOMEL.

VARIÉTÉS.

— Le nombre des enfans morts à Berlin de la petite-vérole, depuis 1782 jusqu'en 1799, est de 7,680.

Celui des enfans morts de la même maladie, depuis 1802, époque à laquelle on a commencé à vacciner, jusqu'en 1817 inclusivement, est de 3,444.

— Il résulte des rapports adressés au département de la marine par M. le baron Donzelot et par M. le comte de Lardenoy, qu'à la Martinique on ne connaît plus la petite-vérole depuis dix ans, et que le nombre des sujets vaccinés s'y est élevé à environ cinquante mille. La Guadeloupe est également préservée de ce fléau meurtrier.

Des comités vont être organisés à la Martinique et à la Guadeloupe : des récompenses seront décernées aux personnes qui auront montré le plus de zèle pour la propagation de la vaccine dans ces deux îles.

— La Société des sciences de Copenhague propose le sujet du prix suivant :

Quibus naturæ legibus regitur primaria evolutio corporum animalium, ut formam sive regularem, normalem, sive abnormem adsciscant?

L'auteur de la meilleure réponse à cette question recevra une médaille d'or de la valeur de 50 ducats.

Les mémoires devront être adressés dans es formes usitées, avant la fin de décembre, au secrétaire

de la société, M. le professeur H. C. Oersted, chevalier de l'ordre de Danebrog, à Copenhague.

Pommade astringente de verjus.

℞ Verjus ou suc de raisin de vigne Lambrusque,
dépuré .... ℥ viij.
Onguent rosat...................... ℔ j.
Cire jaune............. .... ℥ iv.

Faites cuire ensemble dans un vase de terre jusqu'à la consomption du liquide aqueux. La pommade refroidie est séparée de ses fèces et liquéfiée de nouveau.

On doit y ajouter, suivant le besoin, par trituration.

Sous-acétate de plomb................ q. v.

Cette pommade peut être employée contre les gerçures du sein et des lèvres.

VIREY.

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE.

— FORMULAIRE de poche, ou Recueil des formules les plus usitées dans la pratique de la médecine, contenant la classification des différens médicamens simples, avec l'indication de leurs préparations et de leurs doses; d'après le nouveau Codex de Paris; par Achille Richard fils, aide-démonstrateur de botanique à la Faculté de Médecine de Paris À Paris, chez Bechet jeune, libraire, rue de l'Observance, N.o 5; et à Montpellier, chez Ans. Gabon, libraire. 1819. Prix, 2 fr. 25 cent.

— Traité analytique des Fièvres essentielles, contenant la théorie et la pratique générale et particulière de ces maladies; ouvrage présenté à la Société de Médecine de Paris, et accueilli par cette Société, par J. F. Caffin, docteur-médecin de la Faculté de Paris, membre de la Société de Médecine et de la Société Médicale d'Emulation de Paris. Seconde édition. A Paris, chez Allut, libraire, rue de la Harpe, N.º 53, au coin de celle du Foin. 1819.

— De l'Homme et du Monde; par J. B. J. Théry, docteur-régent de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris, etc., etc. A Paris, chez l'Auteur, rue de Vaugirard, N.º 36; Croullebois, libraire, rue des Mathurins, N.º 17. 1818.

— Nouvelle Physiologie Médicale, ou simple Exposition de la manière dont se forment, vivent et meurent les appareils de l'homme; par J. L. M. Rouzé, docteur en médecine, bachelier-ès-lettres des Académies de Paris, et l'un des fondateurs de la Société Médicale et Littéraire de Rennes. A Paris, chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole de Médecine, N.º 16. 1819.

— Mémoire sur la Rétention d'urine produite par les rétrécissemens du canal de l'urètre, ou Parallèles des trois principales méthodes qui ont été employées jusqu'à ce jour pour le traitement de cette maladie; parallèle dans lequel on prouve, par des faits, la prééminence et l'innocuité du traitement par le caustique, perfectionné par l'auteur; lu à l'Institut de France, par A. Petit, docteur en medecine,

membre du Conseil de salubrité publique et de la Société de Médecine du département de la Seine, chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien chirurgien interne des hôpitaux civils de Paris, et l'un des collaborateurs du Dictionnaire des Sciences Médicales. A Paris, chez Rougeron, rue de l'Hirondelle, N.o 22. 1818. Prix, 3 fr. 50 cent.

— Nouvelle Théorie-Pratique d'Equitation; par P. E. Lafosse, hippiâtre, auteur de plusieurs ouvrages, ci-devant inspecteur-général en chef des remontes de la cavalerie. A Paris, chez Sanson fils, libraire, quai Voltaire, n.o 5; Delaunay, libraire, au Palais-Royal. 1819.

— Les dangers du Magnétisme animal, et l'importance d'en arrêter la propagation vulgaire; par A Lombard aîné. A Paris, chez Dentu, libraire, Palais-Royal, galerie de bois; Antoine Bailleul, imprimeur-libraire, rue Sainte-Anne. 1819.

— La Médecine vengée, poëme en quatre chants; par M. . . . . . A Paris, chez Béchet jeune, rue de l'Observance, n.o 5; Delaunay, libraire, au Palais-Royal. Prix, 2 f., et 2 f. 30 c. par la poste. 1819.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

TABLE

DES MATIÈRES

DU TOME CINQUIÈME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

FIN DES TABLES.

// JOURNAL
DE MÉDECINE, CHIRURGIE,
PHARMACIE, etc.

OCTOBRE 1819.

OBSERVATION

SUR UN CALCUL D'UN VOLUME EXTRAORDINAIRE TROUVÉ DANS LE REIN GAUCHE;

Lue au Cercle Médical, dans la séance du 28 septembre, par M. FORESTIER, *D.-M.-P.* (1)

MADAME D..., âgée de 38 à 40 ans, ressentait des douleurs dans le côté gauche du ventre, compliquées de mal-aise général, d'accès de fièvre fréquens, etc. Les urines étaient troubles et déposaient une matière blanchâtre. Un traitement approprié prescrit par M. Portal, la soulagea; elle n'était cependant pas guérie.

(1) Les membres du Cercle Médical ont décidé dans cette séance, que cette observation serait, ainsi que les suivantes, insérées dans le Nouveau Journal de Médecine.

Les accidens se renouvellèrent quelque temps après ; les règles qui jusqu'alors avaient paru aux époques ordinaires, eurent un cours irrégulier ; on en attribua la cause au temps critique dans lequel se trouvait la malade. A cette époque, elle manda M. Baudelocque, qui, après avoir pris une connaissance exacte de son état, la toucha. Cet accoucheur reconnut que toutes les parties étaient saines, et que la douleur que cette dame ressentait dans l'hypocondre gauche, et qui se prolongeait jusqu'à la région ombilicale, devait être attribuée à un engorgement squirrheux de l'ovaire et de la trompe de Fallope gauche ; que c'était là la cause qui s'était opposée jusqu'alors, et qui s'opposerait dans la suite à ce qu'elle eût des enfans.

Il y a deux ans et demi, la malade éprouva un accès plus grave que les précédens ; le traitement prescrit par M. Portal, mit encore la malade dans un état de guérison apparente qui lui permettait de vaquer à ses exercices ordinaires.

Vers le mois d'avril dernier (1819), madame D...., se livra à un exercice violent ; le mariage d'une de ses nièces qu'elle affectionnait beaucoup, lui occasionna des courses multipliées : un jour qu'elle était fatiguée et en grande transpiration, elle n'eut pas la précaution de changer de linge ; la sueur se refroidit et sécha sur elle ; alors des douleurs rhumatismales-inflammatoires compliquées de gonflement, se manifestèrent au cou, dans tous les membres et aux articulations. Un traitement administré avec pru-

dence par M. Portal, combattit victorieusement cette maladie, et madame D... resta libre de tous ses membres. Cependant les symptômes de l'ancienne maladie subsistaient toujours et s'aggravaient; les urines se chargeaient de plus en plus; la quantité du pus augmentait, ses qualités s'altéraient; les urines qui le contenaient exhalaient une odeur fétide et insupportable. Il est essentiel de remarquer que pendant tout le cours de cette très-longue maladie, les urines ont toujours été rendues librement et sans douleurs; elles n'ont pas été chargées de sang ni de caillots; enfin nous n'avons jamais trouvé ni pierres, ni sédiment gravelleux; on remarqua seulement que la proportion du pus dans l'urine augmentait avec les douleurs dans les paroxysmes, et diminuait dans les intervalles de rémission. Un chirurgien très-connu appelé par la malade à l'insu de M. Portal, il y a environ deux mois, fut d'avis qu'il n'y avait point d'ulcère au rein gauche, mais seulement un catarrhe de la vessie.... Il y eut ensuite une consultation entre MM. Portal, Larrey et moi.

Voyant que les accidens s'aggravaient, M. Portal proposa une consultation de médecins célèbres; la malade s'y refusa formellement; M. Portal insista pour qu'elle se fît : madame D... y consentit, et elle eut lieu entre MM. Portal, de Montaigu, Boyer et moi. Les urines des deux jours précédens avaient été gardées dans des verres : en les examinant, on remarqua qu'il y avait plus de moitié de pus brun-

noirâtre, d'une fétidité extrême. Cette matière, débarrassée de l'urine, nous parut muqueuse et purulente : les consultans prononcèrent unanimement qu'il y avait un ulcère au rein gauche.

Il est à observer que la malade ne ressentait dans le côté gauche qu'une douleur fixe, sourde et non aiguë, mais le mal-aise était continuel et insupportable ; elle ne pouvait plus reposer ; le peu de boisson ou d'aliment qu'elle prenait était vomi sur-le-champ. La société lui était à charge : sur les derniers jours de son existence, elle était insupportable à elle-même et à ceux qui l'approchaient ; elle refusait même toute espèce de boissons et de médicamens. La mort eut lieu le 15 septembre dernier.

Ouverture du corps.

Nous avons observé à la partie latérale gauche du bas-ventre, que les tégumens avaient des taches marbrées rouge-bleuâtres, et qu'il y avait dans cet endroit un gonflement d'autant plus apparent, que toute la région ombilicale était affaissée : le reste du corps ne nous offrit aucune particularité remarquable.

Après avoir incisé la peau, les muscles abdominaux et le péritoine, nous avons trouvé une tumeur molle et un peu rougeâtre qui s'étendait à gauche, depuis les fausses côtes sous lesquelles elle se prolongeait en refoulant la rate et la grande courbure de l'estomac, jusque dans la fosse iliaque ; elle reposait en arrière sur le muscle psoas ; antérieurement

elle était en partie recouverte par les intestins grêles, mais dans sa plus grande étendue, elle était immédiatement sous les enveloppes du bas-ventre. Cette tumeur était le rein gauche désorganisé. Elle avait une figure ovoïde, de sept pouces de long sur cinq de large. Après l'avoir bien examinée, nous fîmes avec le scalpel une ouverture à la partie antérieure où elle était très-saillante; il s'en échappa avec éruption une quantité prodigieuse de pus sanieux, de couleur brune, et d'une odeur tellement fétide que nous fûmes obligés de suspendre notre examen pendant à-peu-près une demi-heure.

Quand la partie eut été lavée à grande eau, il se présenta à l'ouverture pratiquée un corps dur, grisâtre, et qui présentait des aspérités au toucher : nous reconnûmes que c'était un calcul urinaire qui avait une forme irrégulière. En introduisant le doigt plus avant, on sentit une autre tumeur molle; on y plongea le scalpel; c'était un second foyer duquel il sortit encore une grande quantité de pus moins sanieux et moins fétide que le premier. Plusieurs foyers purulens qui avaient moins d'étendue que les deux précédens, furent ouverts; il s'en échappa du pus d'une meilleure qualité que celui des précédens; il en sortit aussi un calcul lisse, prismatique, brun, de la grosseur d'un noyau de prune, et plusieurs autres de moindre volume.

La presque totalité de ce rein gauche était désorganisée : toute sa substance était molle, si l'on en excepte cependant la partie supérieure et postérieure

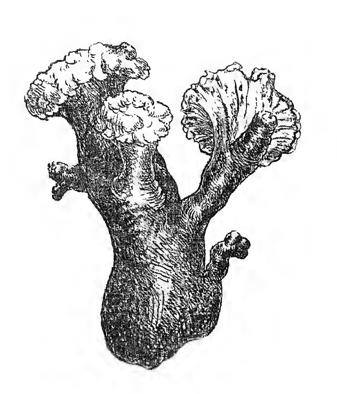
qui était sous les fausses côtes : dans cette partie seulement, cet organe avait un peu plus de consistance. L'uretère était prodigieusement dilaté à sa sortie du rein ; il diminuait de capacité à mesure qu'il descendait vers la vessie, il était rempli d'un pus sanieux et fétide semblable à celui du premier foyer; sa membrane interne était noirâtre et lisse.

Après avoir bien examiné le rein, nous en dégageâmes le plus volumineux des calculs qui occupait la cavité du basssinet et celles des calices les plus voisins dans lesquelles il se trouvait enchâtonné, et qu'il avait prodigieusement distendu par son volume. Nous trouvâmes dans les calices voisins plusieurs pierres d'un petit volume, lisses, et d'une espèce différente de celle de la grande : en continuant nos recherches, nous sentîmes une dureté, nous l'ouvrîmes : c'était encore un foyer duquel s'échappèrent au moins trois cuillerées d'un pus verdâtre et très-fétide. Lorsqu'il fut écoulé et que la poche fut lavée, on trouva plusieurs petites pierres blanches, lisses, et à-peu-près deux fortes pincées de petit sable.

La totalité des calculs pesait deux onces.

Les calculs extraits, le rein ne présentait plus qu'une masse informe ; sa désorganisation était complète.

Les autres viscères du bas-ventre ne présentaient aucune altération extraordinaire ; l'estomac était sain et d'un très-petit volume; sa grande courbure et son grand cul-de-sac étaient refoulés par la tumeur



qui le comprimait de bas en haut. C'est à cette compression ou gêne de l'estomac, que l'on doit attribuer la cause des vomissemens que la malade éprouvait d'autant plus fréquemment qu'elle approchait plus de l'époque de son décès, et que la tumeur prenait plus d'accroissement. Ces vomissemens pouvaient aussi être provoqués par l'irritation des nerfs rénaux, qui se transmettent à ceux de l'estomac, car on sait que le vomissement survient souvent dans les maladies des reins. La rate était très-petite et de couleur naturelle; le foie dans l'état ordinaire et peu volumineux; la vessie, d'une très-petite capacité, paraissait être en bon état; sa membrane interne était cependant un peu noirâtre; elle ne contenait qu'une très-petite quantité d'un fluide fétide qui paraissait être un mélange d'urine et de matière purulente; le rein droit était en bon état; les intestins et le mésentère l'étaient aussi.

OBSERVATION

SUR UNE ÉRYSIPÈLE DE MAUVAISE NATURE QUI A EMPORTÉ LE MALADE LE SECOND JOUR ;

Par M. Hervez de Chégoin, *D.-M.*

Un homme de 55 ans, bien constitué, assez riche autrefois, réduit aujourd'hui à l'état de maçon, travailla plusieurs jours à réparer la salle des morts de l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le mois d'août 1817.

A la suite de ce travail, il se sentit indisposé, sans forces, sans appétit. Il n'avoit point de fièvre cependant.

Il prit de son chef, un émétique. Je le vis ce jour-là pour la première fois. Il avait l'air d'un homme fatigué, la langue était humide, un peu blanche, la peau sans chaleur et le pouls naturel; le ventre n'offraît pas la moindre tension; la tête seule était douloureuse, sans aucune altération dans la face. En examinant tout le corps, je découvris à la région antérieure de la jambe droite, une rougeur à peine marquée et de l'étendue de la main: il y en avait une semblable à l'avant-bras gauche, sur sa face postérieure. J'annoncai un érysipèle et je preserivis une boisson délayante seulement. La nuit fut agitée, je trouvai le malade plus accablé, sans fièvre, mais avec urine involontaire qui me fit porter le plus mauvais pronostic. Les deux commissures des lèvres étaient très-écartées l'une de l'autre, les dents serrées et mouillées d'une salive visqueuse, rendaient la parole fort embarrassée; la rougeur de la jambe et de l'avant-bras avait pris une couleur plus sombre et il était survenu du gonflement.

On appliqua deux sinapismes aux cuisses, on donna des lavemens camphrés et pour tisane une décoction de quinquina, et de temps en temps quelques cuillerées d'une potion cordiale; le ventre était toujours souple et plat; le pouls s'affaiblit dans la journée, on appliqua des vésicatoires. L'avant-bras et la jambe se gonflaient énormément en prenant

une couleur livide; et le malade mourut le lendemain, deux jours après s'être mis au lit.

OBSERVATION

SUR UN ENFANT DONT LES YEUX N'AVAIENT POINT D'IRIS ;

Par M. Alex. Morison.

Les maladies des yeux ont, dans ces derniers temps, fixé l'attention de plusieurs médecins célèbres, qui les ont décrites avec précision et traitées avec succès.

Je crois qu'on lira avec intérêt l'abrégé d'une observation que j'ai recueillie et que je ne puis donner plus en détail, faute d'avoir les notes journalières de la maladie; le cas dont il s'agit, est entièrement nouveau pour moi, et je crois qu'il doit être fort rare.

Un enfant de trois ans environ, fils d'un sellier de Cobham, village près de Londres, jouissant d'une bonne santé, mais dont les parents avaient quelques apparences de scrophules, avait un frère atteint de phthisie pulmonaire pour lequel je fus appelé. Ce fut dans une visite que je fis à ce dernier, que je m'aperçus d'un vice de conformation dans les yeux qu'avait le plus jeune.

L'un et l'autre œil présentaient une grande pupille, immobile, transparente, qui laissait aper-

cevoir dans le fond de ces organes, à la faveur de la transparence, la couleur rougeâtre de la choroïde. Une vive lumière faisait éprouver des douleurs, mais la lumière modérée n'en excitait aucune. Dans l'obscurité, les yeux brillaient comme ceux des chats et de quelques autres animaux.

Le malade pouvait assez bien distinguer les tables, les chaises, et autres objets de dimensions analogues, et les évitait en se promenant.

Il pouvait également voir des objets plus petits, tels que des couteaux, des cuillers, etc.; mais il lui fallait une plus grande attention pour les reconnaître.

Quand on examinait les yeux avec beaucoup d'attention, on ne pouvait découvrir le moindre vestige d'iris; la pupille remplissait tout à fait l'ouverture de la cornée opaque, et s'étendait de tous côtés à la sclérotique.

On avait observé ces dispositions dès la naissance de l'enfant.

Je ne m'étendrai pas davantage sur une maladie qui doit être extrêmement rare, et pour la guérison de laquelle l'art n'offre aucune ressource.

Je me bornai à prescrire aux parens de préserver les yeux de cet enfant d'une lumière trop vive, qui en excitant trop fortement la rétine, aurait disposé les vaisseaux du fond de l'œil à la turgescence, et de suppléer par cette précaution, au défaut de l'organe (l'iris) qui mesure toujours avec précision la quantité de lumière nécessaire à la fonction de la vue.

Il est probable que l'apparence rougeâtre remarquée dans cette grande pupille, était produite par l'excitation de la lumière qui avait mis trop fortement en action les vaisseaux de la tunique choroïde, dont le calibre augmenté permettait que le sang rouge pénétràt dans les vaisseaux qui ne doivent admettre que des fluides blancs.

En soumettant ce petit mémoire à une société aussi respectable que le Cercle Médical, je supplie les médecins qui le composent de voir avec indulgence ce faible travail qui a pour objet d'obtenir l'honneur d'être compté au nombre des membres correspondans de ladite Société.

Je remplirai avec zèle les engagemens que m'imposera ce titre en faisant part à la Société de tout ce qui, dans ma pratique, pourra me paraître digne d'elle.

RAPPORT

Lu à la Société du Cercle Médical, le 12 *octobre* 1819.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT, MESSIEURS,

La Commission que vous avez nommée pour faire son rapport sur la demande de M. Morison de Londres, docteur en médecine, et médecin de feue la princesse Charlotte d'Angleterre, etc., qui sollicite auprès de vous le titre d'associé-correspondant, sur la présentation de MM. Portal, Bardenat et Duchâ-

teau, a lu avec toute l'attention dont elle est capable, le mémoire intitulé: *Observation sur un enfant dont les yeux n'avaient point d'iris ;* observation que ce candidat vous a présentée à l'appui de sa demande, et dont vous avez déjà entendu la lecture dans une de vos précédentes séances.

Nous dirons d'abord qu'il est à regretter que le mémoire de l'auteur ne lui ait pas rappelé des signes et des caractères plus précis que ceux qu'il a donnés sur la maladie extraordinaire qui fait le sujet de son observation; nous dirons encore qu'il a omis de ces détails accompagnés de preuves qui sont cependant bien nécessaires lorsque l'on veut constater, d'une manière évidente, un fait aussi rare que curieux. C'est enfin parce que votre Commission n'a trouvé dans les auteurs qu'elle a compulsés, aucune observation semblable à celle qui vous a été soumise, qu'elle aurait désiré que M. Morison n'eût pas négligé de faire appeler quelques-uns de ses confrères pour visiter et examiner le malade avec lui. Plusieurs témoins, dans pareilles circonstances, sont toujours indispensables lorsque les détails sont insuffisans.

L'un et l'autre œil, dit M. Morisson, présentaient une grande pupille immobile et transparente qui laissait apercevoir le fond de cet organe. Voilà ce qu'il dit pour prouver l'absence totale de l'iris. Selon nous, l'auteur a négligé de décrire le mode d'union de la choroïde avec la sclérotique, et sur-tout de quelle manière la première de ces membranes aban-

donnait la seconde au moment où elle se replie pour donner naissance aux procès ciliaires qui entourent la grande circonférence du crystallin formant le disque rayonné situé au-devant du corps vitré et derrière la face postérieure de l'iris. Vous concevez, Messieurs, combien il aurait été nécessaire de ne pas omettre tous ces détails, pour constater l'absence de l'iris.

Et puisque la première idée de l'auteur du mémoire n'a été de ne voir dans le sujet de son observation qu'une pupille énorme, pour nous servir de son expression, et puisque du reste il ne dit rien pour baser son jugement et nous convaincre autrement de l'absence de l'iris, sinon que la pupille s'étendait de toutes parts vers la sclérotique, votre Commission, sans de nouveaux renseignemens plus détaillés et plus authentiques, n'a pu voir dans l'observation qui vous a été lue, qu'une mydriase considérable qui, au lieu d'être accidentelle comme cette maladie l'est ordinairement, était congéniale et affectait les deux yeux au lieu d'un, sur le sujet. Cette circonstance, selon nous, est également remarquable et également digne de votre attention.

Le malade, dit encore l'auteur, pouvait assez bien distinguer les objets d'un assez gros volume, et même ceux d'une plus petite dimension, tels que ciseaux, couteaux; mais il lui fallait en même temps une grande attention pour les reconnaître, et il ne les voyait parfaitement que lorsqu'il les examinait dans un lieu médiocrement éclairé.

Tous ces symptômes, avec les circonstances qui

les accompagnent, ne sont-ils pas ceux qui existent dans la mydriase ? et puisque l'auteur assure que la pupille s'étendait jusques à la cornée opaque, sans indiquer de quelle manière se comportait la choroïde à sa terminaison, ne sommes-nous pas autorisés à croire qu'il pouvait exister un bourrelet concentrique à la sclérotique, et formé par la choroïde ? Ce bourrelet ne détruit rien de la pupille énorme dont il est parlé, mais il suffit pour constater l'existence de la mydriase, et quant aux vaisseaux du fond de l'œil, que M. Morison dit avoir pu distinguer, nous pensons que, trompé peut-être par l'apparence, il n'a pu voir réellement que les vaisseaux ciliaires, toujours en très-grand nombre, qui accompagnent les procès du même nom, jusques à la circonférence du crystallin, pour aller ensuite se perdre dans le canal godronné de Petit. Si cette supposition a paru plus vraisemblable à votre Commission, elle est cependant loin de la regarder comme certaine et démontrée ; elle ne prétend pas préjuger sur la question, mais c'est dans l'intérêt de la vérité qu'elle cherche, qu'elle a dû vous soumettre ses réflexions et ses doutes.

En supposant que l'auteur se soit trompé sur la véritable nature de la maladie qui fait le sujet de son mémoire, votre Commission n'en regarde pas moins l'observation qui vous a été lue comme très-curieuse et digne de votre attention : par ces motifs, elle vous propose de faire prier M. Morison d'envoyer à la Société tous les détails et documens nécessaires pour constater l'existence du fait qu'il a annoncé,

afin de baser irrévocablement son jugement et le nôtre.

Arrivée au point thérapeutique, votre Commission est encore loin de partager l'opinion du docteur Morison, qui regarde cette maladie comme incurable, et pour le soulagement de laquelle il n'a prescrit rien autre chose que de garantir les yeux d'une trop vive lumière. En supposant que la maladie soit réellement incurable, ce qui serait démontré nécessairement dans le cas d'absence totale de l'iris, vous conviendrez tous, Messieurs, qu'il n'en resterait pas moins la possibilité d'obtenir une cure palliative en pratiquant au-devant de chaque œil une iris artificielle, et en faisant regarder le malade à travers des lunettes de carton dont les disques seraient percés dans leur centre, d'un petit trou, comme on le pratique assez heureusement dans les cas de mydriase accidentelle ou de strabisme.

Votre Commission pense que M. Morison sera une bonne acquisition pour la Société, et conclut pour son admission comme membre-correspondant.

DELARUE, *Rapporteur.*
W. LAGNEAU.

OBSERVATION

SUR UNE RÉTENTION D'URINE GUÉRIE PAR DEUX PONCTIONS CONSÉCUTIVES DE LA VESSIE A TRAVERS LE RECTUM;

Par M. MAGNAN.

DANS son *Traité de Médecine opératoire*,

M. Sabatier assure qu'il connait peu d'exemples de la réussite de ce procédé proposé par M. Flurant de Lyon.

Il ajoute, avec raison, que la ponction de la vessie à la partie latérale du périnée est trop hazardée, trop voisine du siège de la maladie qui a rendu nécessaire la ponction, et qu'on n'est jamais sûr du lieu que l'on va percer. Je puis même dire que j'ai vu manquer deux fois ce mode de procéder.

Il conclut ensuite pour la ponction au-dessus du pubis; parce qu'elle est moins difficile, moins douloureuse, et qu'elle se fait dans un endroit plus éloigné du siège de l'inflammation : convenant toutefois que cette opération se pratique dans un lieu qui n'offre aucune déclivité, et que si la maladie exige que la canule séjourne quelque temps, le trajet qu'elle parcourt s'élargit, et les urines ont beaucoup de facilité à s'infiltrer dans le tissu du voisinage.

Voici une observation, ce me semble, intéressante et toute à l'appui de la ponction par le rectum.

Un commis douanier se laissa tomber sur un pilotis du port d'Anvers. Sa chute à califourchon sur ce pilotis, fut nécessairement suivie de contusion au périnée et d'inflammation au bulbe de l'urètre et au col de la vessie. Le malade transporté à l'hôpital militaire le quatrième jour de l'accident, se trouvait dans l'état le plus déplorable, avec rétention d'urine, besoin continuel d'uriner, efforts inutiles et violens, tuméfaction de la vessie au dessus du pubis, douleur profonde de ce viscère et des parties environnantes;

empâtement, douleur et boursoufflement de toute la région au-dessous et au-dessus du pubis, fièvre, nausées, vomissemens continuels, odeur urineuse de la bouche et de la sueur, anxiété, difficulté de respirer. Réuni en consultation avec M. Chamerlat, chirurgien en chef des hôpitaux militaires, et le chirurgien en chef de l'hôpital de Bruxelles, tous les trois bien persuadés du peu de succès à espérer de la ponction au-dessus du pubis dans un cas si fâcheux, et d'hésitation tellement fondée, je proposai la ponction de la vessie à travers le rectum, le plus haut possible, avec le long trois-quarts courbe ordinaire; ce qui fut aussitôt adopté et opéré par M. Chamerlat, après s'être assuré par le tact, de l'état et de la plénitude de la vessie : le malade fut soulagé bientôt. Mais le troisième jour la canule s'étant déplacée par la négligence de l'infirmier et l'inattention du malade, les fâcheux symptômes se renouvellèrent. Témoin de ces accidents avec M. Chamerlat, nous fûmes encore d'avis de renouveller la ponction : huit jours après, le cours naturel des urines se rétablit; la canule fut retirée, et l'individu se trouvant très-bien, désira sortir de l'hôpital plusieurs jours après.

Par hasard, et au bout de cinq ou six mois, il m'aborda avec une extrême satisfaction, et m'assurant lui même de sa parfaite guérison, il me dit : qu'il s'était seulement formé, quelques jours après sa sortie de l'hôpital, une petite tumeur ou cloche vers le périnée, avec suintement, et qui fut ainsi

terminée et guérie en peu de jours : ce qui provint sans doute, du point même de la contusion, de quelque éraillement de fibres, et d'infiltration ou transsudation urineuse, pendant l'extrême dilatation de la vessie et la violence des premiers accidens.

Il résulterait donc de cette observation, vraiment rare par la circonstance singulière et forcée d'une ponction réitérée deux fois consécutivement à travers le rectum, sans nul des inconvéniens et des dangers attachés aux autres procédés, que l'unique ponction de la vessie à travers le rectum, serait beaucoup préférable le plus souvent, malgré la pratique contraire: parce que l'on peut ainsi laisser séjourner la canule pendant toute le durée du temps nécessaire au traitement de la maladie; qu'il n'y a point à craindre d'extravasation d'urine dans la cavité du bas ventre, vu que la vessie est ici percée plus immédiatement à l'endroit même alors très-disteudu de son adhérence avec le rectum; et que par ce cours naturel très-déclive, elle se maintient dans un état de vacuité d'urine constant : conditions toutes indispensables pour obtenir une prompte et parfaite guérison. Il me semble aussi, que des observations de ce genre réunies, sont d'autant plus importantes, que beaucoup de personnes âgées périssent par des maladies de la vessie.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

OPUSCULE

SUR CAUTERETS ET SES EAUX MINÉRALES CHAUDES; *Ouvrage nécessaire aux praticiens et aux personnes atteintes de maladies chroniques pour lesquelles on les recommande généralement; par* CYPRIEN CAMUS, *médecin de Montpellier.*

A Auch, chez madame veuve Duprat, imprimeur du Roi. 1817.

TEL est le titre d'un ouvrage sur lequel la Société m'a chargé de lui faire un rapport. Après une préface où l'auteur annonce le peu de cas qu'il fait des connaissances acquises sur les eaux minérales par l'analyse chimique, dont les données varient successivement, et l'importance qu'il attache exclusivement aux observations bien faites, il donne des environs de Cauterets une description qui ne peut guère intéresser que ceux qui font des promenades sur les lieux, et dont le pittoresque peut néanmoins déterminer le choix de ceux qui savent apprécier ce que le voyage, la beauté et la hardiesse des sites ajoutent ordinairement à l'efficacité réelle des eaux. Il fait ensuite un examen critique des différentes opinions hasardées sur la cause de la chaleur des eaux thermales, dont aucune ne lui paraît suffisamment

fondée pour être admise. Il a le bon esprit de ne point grossir le nombre des hypothèses sur ce sujet, en disant qu'il n'a pas voulu émettre d'opinion sur cet intéressant phénomène, qu'il se contente d'avoir prouvé la nullité des explications qu'on en donne; qu'elles sont exclusivement curieuses et aussi embarrassantes que tout ce qu'on a avancé sur la chaleur vitale, et que d'ailleurs la médecine-pratique n'a rien à y gagner.

Dans un chapitre consacré à des considérations générales sur les eaux artificielles, l'auteur met en opposition les analyses des différentes époques et celles des chimistes les plus distingués d'une même époque. De leurs variations et de leur discordance, il conclut que les eaux minérales naturelles, inconnues dans leur nature intime, ne peuvent être imitées que très-imparfaitement par des analogues artificielles. Le professeur Hufeland, dont j'ai fait connaître l'opinion et les raisonnemens dans la Bibliothèque Médicale, il y a plusieurs années, a soutenu la même thèse, et je crois qu'elle est adoptée par la plupart des médecins observateurs. En effet, les combinaisons de la nature, à l'inverse de celles de l'art, se font lentement; ses laboratoires, enfoncés dans les entrailles de la terre, ne sont accessibles ni à l'air atmosphérique, ni à la poussière suscitée par des opérations accessoires; ses réactifs, si elle en a, ne sont pas les mêmes, et ses amalgames, plus ténus et plus intimes, sont aussi plus durables. Quel chimiste pourrait d'ailleurs se vanter, en pui-

sant l'eau des sources naturelles, d'en saisir les principes les plus volatils, et de les maîtriser au point d'en empêcher toute déperdition durant la série de ses opérations analytiques ? Pourra-t-il, par exemple, empêcher la perte du calorique et des divers gaz ; et, s'il ne le peut, comment retrouver ce que ces deux principes tiennent en dissolution ou en combinaison avec les eaux ? Veut-on à ces raisons joindre des expériences qui les rendent péremptoires ? Mettez à découvert ou en vidange des eaux gazeuses et des eaux thermales naturelles à côté des eaux factices qui les imitent le mieux : vous ne tarderez pas à remarquer que le gaz et la chaleur des dernières se dissipent bien plus promptement que ceux des premières : cela ne serait pas, s'il n'y avait une différence. Vous pourrez aussi vous assurer que les principes minéraux, plus atténués dans les eaux naturelles, se dissocient et se précipitent moins vîte que dans les factices. En adoptant cette manière de voir, je suis cependant loin de croire avec M. Camus, que tout ce qu'il a dit *renverse le merveilleux système des chimistes, et prouve la nullité de leurs observations curieuses*. Je crois au contraire, que la chimie concourt à éclairer la médecine par ses opérations, et que les eaux factices ont une utilité et une efficacité réelles, sans accorder qu'elles soient exactement celles des eaux imitées.

M. Camus ajoute, avec plus de raison, qu'en supposant les analyses chimiques exactes, la découverte minutieuse des élémens des eaux ne peut intéresser

que le naturaliste, mais point ou peu le médecin praticien, parce qu'il prescrit les eaux minérales comme un médicament simple, tel que serait le jalap, le quinquina, l'opium; qu'un malade n'avale pas un, deux ou trois principes constitutifs découverts par l'analyse, mais l'amalgame entier ou la réunion de tous ces principes, et que chacun étant modifié par son association avec les autres, la connaissance d'un seul ou de quelques-uns pris isolément, ne fait pas connaître les propriétés du composé.

Dans le chapitre suivant, l'auteur combat les données vagues sur lesquelles on a jusqu'ici recommandé les eaux sulfureuses en général, et celles de Cauterets en particulier, et veut qu'en appelant le secours de l'observation, l'on détermine plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent les cas particuliers et les espèces de maladies où ces eaux doivent être conseillées. M. Camus ne me semble cependant pas donner l'exemple de cette exactitude si désirable, quand il nous dit, page 110, que la boisson des eaux de Cauterets « éloignerait les fluxions vicieuses, et que l'âcre inconnu qui corrode par suite le parenchyme des viscères et détermine des tubercules, la dissolution ou la phthisie, serait évacué ou par de légères diaphorèses, ou par le cours des urines, ou par une douce expectoration, émonctoires naturels qu'elles excitent toujours. » Il règne le même vague dans cette autre phrase de la page 116 : « On emploie avec le plus grand succès encore les eaux

de la *Ruillère*, contre les rhumes longs, rebelles; des vomiques ont été rompues aussi par leur usage; elles guérissent de même les hémoptysies produites par un âcre quelconque ou une faiblesse locale; mais les personnes fortes, pléthoriques, sujettes à des hémorrhagies de poitrine, doivent se priver de boire nos eaux. » Cet *âcre quelconque* de l'auteur doit-il aussi s'entendre du vice syphilitique et des sympathies déterminées par l'embarras et la souffrance des premières voies, la suppression d'une évacuation habituelle, etc.? M. Camus qui, comme on voit, manque aussi par fois de précision, remarque que, dans tous les temps, les eaux thermales n'ont été opposées qu'aux maladies chroniques, et que cependant il est présumable qu'essayées dans les maladies aiguës, elles auraient aussi été utiles. Les dix sources de Cauterets ne contiennent pas toutes les mêmes principes, et l'une exaspère par fois une affection locale que l'autre guérit. Dans tous les cas, l'état de pléthore sanguine et saburrale ne s'accommode pas de leur usage, et il faut souvent y préparer les malades par des saignées ou des purgations. Le plus grand nombre des maladies exige plusieurs mois de leur usage qui doit être modifié d'après des indications dont il faut lire le détail dans l'ouvrage même.

L'auteur fait ensuite des remarques et des réflexions utiles sur le mauvais état des établissemens thermaux, sur les propriétés physiques des eaux de la *Ruillère* et sur la manière ordinaire de considérer

les maladies; puis il entre dans l'examen et l'énumération des affections contre lesquelles on conseille les eaux de Cauterets. Parmi ces affections, il y en a plusieurs, telles que la faiblesse, la douleur, le spasme, la fièvre étique simple, l'habitude, les hydropisies, les coliques, les ophthalmies, les maladies convulsives, etc., qu'un bon diagnostic ferait rentrer dans la classe des symptômes, et je ne doute pas qu'en s'appliquant à lui-même la critique sévère et souvent judicieuse qu'il n'épargne à personne, M. Camus ne fût parvenu à réduire de beaucoup le nombre des maladies à la guérison desquelles on peut employer les eaux de Cauterets. L'auteur laisse d'ailleurs trop à désirer sur la manière d'agir de ces eaux dont le principal effet paraît consister dans une perturbation ou une excitation d'où résultent des sécrétions plus abondantes sur-tout des urines, des exhalations cutanées et des mucosités, ou ce que l'on appelle dépuration humorale; puis secondairement une absorption nutritive et une assimilation plus actives et plus régulières.

Ce n'est que vers la fin de son ouvrage, qu'il parle de chaque source en particulier, en consacrant un chapitre à chacune, et il semble que ce qu'il en dit eût plutôt dû trouver place au commencement de son livre. Quoique l'analyse chimique des eaux minérales ne suffise pas seule pour en faire bien apprécier les propriétés et l'usage, elle est cependant d'un si grand secours pour en faire connaître les analogies et les différences, qu'il eût été à désirer

que M. Camus, moins exclusif dans sa manière de voir, eût donné sur ce point à ses lecteurs une plus grande satisfaction, au lieu de s'en tenir à des à-peu-près, énoncés de la manière suivante: « Les élémens chimiques de cette source (*des Espagnols*) semblent être de même nature que ceux de *César* et *Pauser*, mais elle est plus minéralisée que ses voisines ». Ces données vagues lui paraissent suffisantes, si l'on en juge par le passage suivant de la page 90, relatif à son analyse des eaux de la *Ruillère*: « Je ne précise pas les doses des divers ingrédiens contenus dans l'eau de la *Ruillère*, parce que je considère mon analyse aussi incomplète que toutes les analyses connues. Ce que j'en sais, suffit pour me convaincre qu'il y a du gaz hydrogène sulfuré, quelques sels à base d'acide carbonique, sulfurique, muriatique, et de soude: qu'il y a sur-tout beaucoup de substance gélatineuse, et peut-être aussi de la silice. Mais aucun réactif n'y rend sensible la présence du fer que Bordeu prétendait y avoir trouvé; aucun ne prouve qu'il y ait un acide libre, du soufre pur, des sels à base de magnésie et de chaux, ainsi que l'a publié M. Poumier. » Si ce passage n'annonce pas dans l'auteur de grands efforts pour arriver à plus de précision, il prouve au moins qu'il est conséquent et qu'il ne manque pas de franchise.

Il termine par montrer les inconvéniens qui résulteraient du déplacement projeté des sources de l'Est, et de l'établissement d'un hôpital militaire à Cauterets, en ce que cela nuirait aux autres malades

par la cherté des subsistances et la difficulté du service. On voit que l'ouvrage de M. Camus embrasse à peu-près tous les objets qui pourraient se rattacher au sujet qu'il traite. Son style n'est point châtié; mais son ouvrage est écrit avec beaucoup d'indépendance, une critique sévère, ordinairement basée sur des faits et sur des observations qui la rendraient plus utile, si l'exagération ne la portait souvent hors des limites de l'exacte vérité.

DEMANGEON, D.-M.-P.

JOURNAL DE PRATIQUE,

Ou Recueil des cures les plus piquantes obtenues à Cauterets en 1817, faisant suite à l'Opuscule sur Cauterets; par CYPRIEN CAMUS, *médecin de Montpellier. A Auch.* 1818.

LA première partie de ce second ouvrage, toute polémique, est une réponse de l'auteur aux observations critiques qu'a faites M. Delpit, en rendant compte de *l'opuscule sur Cauterets, dans le journal universel des sciences médicales*, de Janvier et Février 1818. Ce qui fait honneur à M. Camus, c'est qu'il ne sort pas ici des bornes de la modération, et qu'ennemi des hypothèses, il appele les faits et les observations de toutes parts à l'appui de sa manière de voir, dont le passage suivant peut donner une idée: « J'entends, dit-il, beaucoup parler des progrès de la science. Ces progrès me semblent plutôt être là

variété des aspects qu'elle présente à chaque époque aux esprits divers, que la marche de ceux-ci vers des connaissances plus fixes; et l'histoire me montre à travers les hypothèses qui se remplacent, qu'il y a eu toujours, malgré les erreurs où elles nous entraînent, un fonds invariable de vérité dont les praticiens sont restés dépositaires. Notre but, nos constans efforts en philosophie médicale, sont de rechercher, dans tous les cas possibles, en quoi ce fonds de vérité consiste. Or ce problême, réduit à sa plus simple expression, est le suivant: Voilà un malade; comment faut-il le guérir? pour nous toute la médecine est-là ».

Voici comment l'auteur s'explique sur les dissidences médicales: « L'esprit de l'homme est trop étroit, dit-il, pour embrasser un immense ensemble de faits à la façon du créateur. Il faut sous peine de divagation sans bornes, convenir de données qui soient incontestables aux yeux de tous, ne pas vouloir prononcer sur ce qu'on ignore, et reconnaître pour base d'une science quelconque ce qu'on ne saurait nier dans les matériaux qu'elle présente ».

« Telle est la conclusion qui s'offre de prime-abord à tout esprit que ne peut satisfaire un vague indéterminé. Elle devient autrement importante, sans doute, s'il est reconnu que la classe entière des médecins de France, forme en quelque sorte deux sectes, et que les principes contestés à Paris, passent à Montpellier pour des vérités absolues; car pourquoi le dissimuler, la ligne de démarcation est tirée....

c'est là un malheur sans doute; mais le plaisir de croire que rien n'est fait, que les matériaux s'entassent pour le génie qui saura les réunir; l'espoir enfin d'être soi-même cet heureux génie : ce sont bien là quelques compensations. Aussi *fervet opus, resonant aleæ.* »

« On ne peut se dissimuler qu'une philosophie médicale assez saine ne préside à ces divers travaux. Pourquoi donc restent-ils incomplets? pourquoi ne sont-ils pas réunis en un majestueux ensemble? Pourquoi, tandis que Fournier renverse Thomasini de Pavie pour soutenir Broussais, de la Roque attaque-t-il Broussais pour soutenir Pinel, et tombe-t-il avec lui sous les coups de M. Y....? Moins bruyante, aussi laborieuse, et d'autant plus attachée à cette philosophie médicale que, pour elle, elle a déjà produit une immortelle garantie, la seconde secte se trouve toujours, relativement à la première, dans une fausse position ».

C'est après ces considérations, adroitement mises en avant par M. Camus, pour prémunir le lecteur contre toute prévention, qu'il se justifie de n'avoir pas donné l'analyse des dix sources de Cauterets, et de ne pas procéder à l'analyse ou à la décomposition des maladies selon la méthode du professeur Pinel, qui consiste principalement à classer la maladie, afin d'appliquer empiriquement le remède consacré par une expérience utile. Ce qui me paraît résulter de cette discussion polémique, c'est que M. Camus procède mieux dans l'examen des cas par-

ticuliers que ses aperçus généraux ne semblent l'indiquer, parce qu'il leur donne ordinairement trop de latitude, faute d'en avoir apprécié toutes les conséquences.

Les cures les plus piquantes obtenues à Cauterets par M. Camus, ou plutôt ses observations, puisque quelques-uns des malades dont il parle ont succombé et que d'autres n'ont pas été guéris, se rapportent à une faiblesse provenant de dyspepsie, à de prétendues pulmonies, à des catarrhes, des rhumatismes, des affections goutteuses scrophuleuses, psoriques, asthmatiques, vénériennes ou présumées telles, à des obstructions provenant de l'abus du quinquina et à deux paralysies, guéries sans crises apparentes. La très grande majorité des malades traités par l'auteur, ont été guéris avec le secours des eaux thermales en boisson, en bains et en douches, mais aussi à l'aide de beaucoup d'autres médicamens qui en ont préparé ou secondé les effets salutaires. Tel est le contenu du journal de M. Camus, chez qui l'on ne peut méconnaître un esprit d'observation et de critique que le temps et un peu plus de réserve ne manqueront pas de faire tourner au profit de la science. Demangeon, D.-M.-P.

SYSTÈME DE CHIMIE;

Par Th. Thomson; *traduit de l'anglais sur la cinquième édition, par* J.-s Riffault, *ex-régisseur-général des poudres et salpêtres, membre de la Légion-d'honneur.—Tomes III et IV* (1).

Nous avons déjà recommandé à nos lecteurs la traduction de l'ouvrage de M. Thompson : en indiquant rapidement les objets qui composent les deux premiers volumes de ce Traité, nous avons fait sentir son utilité. (*Voyez* cahier de septembre 1818.) Les tomes III et IV qui viennent de paraître et qui terminent cet ouvrage, sont très-propres à confirmer le jugement que nous en avions porté. Si M. Thomson n'était pas avantageusement connu des chimistes français, par une foule de travaux utiles, par sa vaste érudition, et par les éditions qui ont précédé celle que nous annonçons, nous passerions successivement en revue les différens articles dont elle se compose : mais nous croyons devoir nous borner à en indiquer les titres.

Le premier chapitre du tome III a pour objet *l'affinité* considérée d'abord d'une manière générale : on examine ensuite tout ce qui est relatif à la constitution des gaz, à leur combinaison avec les liquides, les solides, et avec d'autres substances gazeuses. L'étude des liquides suit immédiatement

après celle des gaz : enfin il est question des solides : ce qui conduit l'auteur à parler de la cohésion, de la crystallisation et de la combinaison des solides entr'eux. Ce chapitre est terminé par des notions précises sur les combinaisons, la décomposition, la précipitation et la volatilisation.

Après avoir exposé ces généralités, M. Thomson indique les moyens propres à faire connaître la composition des corps. Ce chapitre, que l'on doit considérer comme un traité d'analyse, comprend d'abord tout ce qui est relatif à la composition de *l'atmosphère*, de l'eau, du gaz acide carbonique, des autres corps qui se rencontrent dans l'atmosphère, et des pierres connues sous le nom d'aérolites. L'auteur passe ensuite à l'exposition des méthodes propres à faire reconnaître la composition des eaux naturelles, de l'eau de la mer, des eaux minérales, et il termine cet article en indiquant les moyens dont on doit faire usage pour déterminer la proportion des substances que l'on trouve dans ces différens liquides.

Le chapitre suivant est consacré à la description et à l'analyse des minéraux simples et composés, tels que les pierres, les sels, les combustibles, les mines. On y traite de la structure des roches, de leur gissement respectif, et des veines ou filons : enfin, on indique les moyens d'obtenir les métaux purs.

Le tome IV renferme la chimie végétale et la chimie animale : l'auteur a suivi dans l'exposition de cette maladie, l'ordre le plus généralement adopté;

ce qui nous dispense de le faire connaître. A la fin de ce tome, on trouve le supplément de M. Riffault, dans lequel ce chimiste indique, d'une manière satisfaisante, toutes les découvertes récentes qui ne se trouvent point dans l'édition anglaise : telles sont, par exemple, les recherches de M. Davy, sur la flamme; de MM. Dulong et Petit, sur la mesure des températures, et sur les lois de la communication de la chaleur; de MM. Gay-Lussac et Vauquelin, sur les sulfures alcalins; de M. Berzélius, sur le sélénium; de MM. Chevreul, Edwards et Chevillot, sur le manganèse; de M. Arfredson, sur la lithnie; de MM. Pelletier et Caventou, sur la lithnie, de M. Boullay, sur la picrotoxine: enfin il est également question des acides purpurique, ménispermique, piromucique, des acides oxygénés, de l'acide sorbique, de l'urée, etc.

FORMULAIRE DE POCHE,

Ou Recueil des Formules les plus usitées dans la pratique de la médecine, contenant la classification des différens médicamens simples, avec l'indication de leurs préparations et de leurs doses, d'après le nouveau Codex de Paris ; par Achille Richard *fils, aide-démonstrateur de botanique à la Faculté de Médecine de Paris.*

A Paris, chez Béchet jeune, libraire, rue de l'Ob-

servance, N.o 5. Se trouve aussi à Montpellier, chez Ans. Gabon, libraire. (1819.)

O le bon temps que celui où l'importante découverte d'une potion, d'une pilule, d'une pastille, d'une poudre, suffisait pour faire la réputation et la fortune d'un homme! Qu'était-il besoin alors de humer tous les jours l'air fétide des hôpitaux ou les gaz méphytiques qui s'exhalent des corps que l'on ouvre, pour reconnaître les altérations des organes, après avoir observé les dérangemens des fonctions? Ne suffisait-il pas de reconnaître facilement que le pouls était *myure*, *dicrote*, *capricant*, *intercident*, *défaillant*, *serrin*, *ardent*, etc., etc., pour prononcer avec certitude que les humeurs étaient, comme de raison, *dégénérées*, *viciées*, *plastiques*, *ténues*, *froides*, *chaudes*, *peccantes*; qu'il existait des *obstructions*, etc., etc.; qu'en conséquence il était nécessaire de recourir, selon les cas, aux *incisifs*, aux *atténuans*, aux *incrassans*, aux *fondans*, aux *désobstruans*, aux *minoratifs*, aux *béchiques*, etc., etc.! Oh! qu'une belle perruque à trois rangs de marteaux, qu'une belle canne à bec de corbin, accompagnaient merveilleusement tout cela, et combien les malades étaient mieux traités qu'aujourd'hui! demandez plutôt aux apothicaires. Les belles formules qu'on faisait alors! elles avaient au moins une page, trente drogues les composaient!... C'était le bon temps des formulaires!... Mais aujourd'hui, hélas! on s'est imaginé d'introduire le sens commun

dans la médecine, qu'avait-il à faire là? Néanmoins ne nous plaignons pas, il nous reste encore quelques vieilles perruques qui entretiennent le feu sacré, et quelques jeunes qui se rangent sous leurs drapeaux : c'est si utile et si commode ! M. Ach. Richard n'est pas de ce nombre : fils d'un professeur célèbre de la Faculté, il a sucé avec le lait, comme on dit, le mépris des vieilles routines, et le fait éclater dans son Recueil de formules; entendez-le parler, et voyez combien il est imbu des pernicieuses doctrines modernes : « Espérons, ose-t-il dire, d'après la marche généralement adoptée aujourd'hui dans l'étude de la médecine, qu'un jour on parviendra à guérir les maladies qui ne sont point au-dessus des ressources de l'art et des moyens de l'homme, par l'emploi d'un très-petit nombre de substances médicamenteuses, et sur-tout en dirigeant habilement les efforts de la nature. Déjà l'on a fait disparaître de la thérapeutique la plupart de ces formules monstrueusement composées, où les substances les plus hétérogènes et les plus insignifiantes se trouvaient entassées sans ordre et sans critique, de manière souvent à détruire mutuellement leur action : quelques-unes sont encore conservées par une espèce de routine ou une sorte de respect pour leur antique origine, et semblent réclamer une nouvelle réforme dans la matière médicale. » N'est-il pas évident que c'est là le langage d'un homme perverti par la philosophie du siècle ?

Toutefois nous irons plus loin que lui, et nous lui

demanderons pourquoi il a laissé subsister des espèces, des fruits *béchiques*, ce qui veut dire qu'ils font tousser, tandis qu'il a voulu exprimer le contraire ? Des espèces *anthelmintiques*, comme s'il existait des spécifiques contre les vers ? Je voudrais aussi savoir ce que c'est qu'un astringent, ce qu'il resserre ? pourquoi le riz est un astringent ? ce que c'est qu'un carminatif, et comment il agit ? pourquoi il a laissé cette magnifique formule de la *tisane royale*, où figurent le séné, l'anis, le sel de Glauber, la coriandre, le cerfeuil, la pimprenelle, le citron : voilà sans contredit un merveilleux assemblage : pourquoi l'on trouve dans son Formulaire, des potions *incisives*, *absorbantes*; des loochs *verts*, des *élixirs de longue vie*, des *hydragogues*, des *emménagogues*, des *résolutifs*, des *détersifs*, des *anti-septiques*, des *anti-hystériques*; des *digestifs*, etc., etc. ? Je voudrais aussi savoir ce que c'est que des *mouvemens vitaux auxquels les toniques donnent plus de force et d'intensité?* Seraient-ce les *esprits vitaux* ou les *esprits animaux ?* Nous pensons qu'il a dû éprouver beaucoup de répugnance à écrire ces expressions surannées et beaucoup d'autres que nous n'avons pas signalées; que c'est là ce qui lui a fait sentir la nécessité d'une réforme, que nous croyons comme lui impérieusement commandée. Nous pensons comme lui que les médicamens doivent être classés d'après leur action sur l'économie; mais quelle prudence, quelle sagacité ne faut-il pas pour un tel ouvrage ? Nous pensons que des formules faites d'avance sont

en général une chose inutile et souvent dangereuse ; qu'il faut décrire les médicamens séparément, et ne jamais les combiner d'avance ; qu'il ne faut pas dire que les eaux distillées de mélisse, d'hysope, de lavande, de sauge, de menthe, de tanaisie, de fenouil, de cannelle, d'anis, etc., sont stimulantes et *plus particulièrement antispasmodiques*, parce qu'il est beaucoup de cas où la saignée, les sangsues, les bains, et le petit-lait sont *antsipasmodiques*, et que, dans ces cas, les premières sont évidemment funestes ; que, par la même raison, si l'on entend par *remède astringent*, celui qui suspend les flux excessifs, tels que le dévoiement, les hémorrhagies, etc., on doit donner ce nom à la saignée, aux sangsues, à l'eau de gomme, à la diète, qui arrêtent les hémorrhagies et les flux dépendant d'une surexcitation, lesquels seroient augmentés par la tormentille, la bistorte, l'écorce de grenade, les roses rouges, les acides, etc., bien loin d'être arrêtés par ces moyens ; que par conséquent dans ces cas on doit refuser le nom d'*astringent* à ces dernières substances, etc., etc. Au reste, ces réflexions, M. Ach. Richard les a faites comme nous, et les fautes que nous lui reprocherons tiennent bien moins à sa manière de voir qu'à la matière qu'il a traitée, et aux sources où il a puisé. Son Formulaire, à cela près, peut être fort utile aux jeunes praticiens dont il doit secourir la mémoire infidèle. R...

LA MÉDECINE VENGÉE,

Poëme en IV chants ; par M...... — Prix, 2 fr. ; et 2 fr. 30 cent. par la poste.

L'abbé Dubos, dans son traité de la peinture, met l'imagination au rang des qualités nécessaires au médecin. Nous serons de son avis s'il entend par ce mot, cette faculté de l'esprit qui retrace avec vivacité et vérité les objets qui ont frappé les sens, et non cette espèce d'enchanteresse qui ne se repaît que de chimères, et sortant toujours des bornes de la nature, n'enfante que des monstres. C'est dans le premier sens qu'on peut dire, qu'ils ne sont pas dépourvus d'imagination, ces tableaux de maladies tracés par les grands maîtres. Certes ce n'était pas un homme dépourvu d'imagination que celui qui nous a laissé sous le nom d'Arétée ces belles descriptions des maladies, et sur-tout cette image encore si vraie de nos jours et si pathétique, de l'épilepsie. Malheureusement ce n'est pas sous cet aspect que le mot imagination se présente communément à l'esprit, c'est plutôt sous le dernier sens que nous lui avons donné; nul doute qu'alors cette faculté ne soit incompatible avec la médecine, elle est l'ennemie mortelle de l'observation, la seule base sur laquelle puisse reposer l'art de guérir. Mais qu'il nous soit permis de le dire, on se trompe si l'on considère

l'imagination sous ce rapport; il ne faut pour prouver cette assertion, que consulter les ouvrages de ceux à qui l'antiquité et les siècles modernes ont accordé le plus d'imagination, le titre de grands hommes, de grands génies: je ne vois parmi eux que des peintres fidèles de la nature, et le degré d'estime qu'on leur accorde semble être mesuré sur la précision, la justesse, avec lesquelles ils ont rendu les scènes qu'elle présente. Consultez le père de la poésie : avec quelle frappante vérité, il trace les effets des passions, aussi,

Trois mille ans ont passé sur la cendre d'Homère,
Et depuis trois mille ans Homère respecté,
Est jeune encor de gloire et d'immortalité.

Chénier.

Après lui je citerai Virgile, le Tasse, Milton, et si Stace, Lucain, Camoëns, ne marchent pas leurs égaux, c'est qu'ils se sont éloignés de cette route sûre, pour se livrer aux écarts de ce que nous appellerons la seconde espèce d'imagination. Parmi les modernes, et dans l'art dramatique, Corneille n'est beau que quand il ne sort pas des bornes de la vérité, et si Racine est toujours parfait, c'est qu'il n'en est jamais sorti. Si de la poésie, qui est l'art d'imagination par excellence, nous passons à la peinture, à la sculpture, nous trouvons encore une foule de preuves en faveur de notre opinion. Raphael, le Dominiquin, le Guide, les Carraches, le Poussin, pourquoi sont-ils supérieurs aux de Troie, aux Boucher, aux Jouvenct, si ce n'est qu'ils ont plus fidèlement rendu la nature ? Il est vrai que Quintilien reprochait au

statuaire Démétrius de s'attacher plus à la ressemblance qu'à la beauté, *Demetrius tanquam nimiùs in eâ reprehenditur; et fuit similitudinis quam pulchritudinis amantior*, (lib. 1. cap. 10.) mais ceci prouve seulement que cette imagination doit avoir des bornes, et que le génie consiste à les atteindre, sans rester en deçà ni les dépasser.

D'après ces considérations, si l'on nous accorde que l'imagination n'est que l'interprête fidèle de la nature, ce que les anciens semblaient penser en faisant Apollon dieu des beaux arts et de la médecine, on ne saurait faire un reproche à M. M..... d'avoir fait des efforts pour allier le culte d'Esculape et le culte des Muses: que si l'on persiste à regarder l'imagination comme incompatible avec la médecine, M. M..... peut encore être tranquille, il en a été fort sobre dans son poëme, et cette faculté n'étouffera jamais son talent médical. Il est cependant juste de dire que son poëme contient quelques beaux vers, une foule de médiocres, et plusieurs mauvais, ce que Martial disait lui-même de son ouvrage. Mais

> Un vers heureux et d'un tour agréable
> Ne suffit pas. . . . .
> . . . .
> Pour consommer cette œuvre du démon.

Et franchement M. M..... n'a pas ce qu'il faut pour détruire les préjugés qui existent contre les vers des médecins.

Quoi qu'il en soit, voici la matière du poëme: après l'invocation de rigueur, M. M..... trace dans le *pre-*

mier chant la naissance et les progrès de l'art; dans le *second* il combat quelques systèmes erronnés des anciens philosophes; la description de la peste d'Athènes qu'il y trace, est assez poétique quoique malheureusement défigurée par quelques expressions médicales peu agréables :

« Leur palais tout en feu, leur gosier *ulcéré*,
» D'une soif *étouffante* est encor *dévoré*,
» Et du même poison leur poitrine *infectée*,
» Laisse à peine exhaler une haleine *empestée*.
» Voyez ce *frénétique* et ses bouillans transports,
» Sa peau froide et livide, *insensible au-dehors*,
» N'offre au *tact* étonné qu'une *masse indolente*, etc.

On peut faire plusieurs réflexions sur ces vers : le mot *ulcéré* pris au propre offre une image dégoutante; une chose qui est *étouffante* ne *dévore* pas, la métaphore est mal suivie; *infectée* au propre est désagréable, quoique Racine ait dit.

De quel front ose-t-il, cet ennemi de Dieu,
Venir infecter l'air qu'on respire en ce lieu.

Empesté, même réflexion; *au-dehors*, prosaïque; *tact*, *masse indolente*; expressions trop techniques.

L'épisode d'Anténor et d'Eucharis aurait pu être beaucoup plus intéressant. M. M..... finit le II.me chant par justifier les erreurs d'Hippocrate. Dans le *troisième*, il justifie les variations et les progrès de la médecine, parle de la médecine militaire, de la puissance de la nature, et de l'union de la médecine

et de la chirurgie. Dans le *quatrième* enfin, il parle de l'utilité de l'hygiène, réfute d'une manière assez satisfaisante les objections principales faites contre la médecine par divers philosophes, et finit son poème par chanter les diverses écoles modernes, mais il trace avec une affection particulière, l'éloge de l'illustre Montpellier.

On peut bien penser qu'un pareil ouvrage ne sera pas d'un grand avantage pour la médecine; car il n'apprendra rien aux médecins qui le liront, et moins encore aux gens du monde, qui ne le liront pas; car pour eux,

Tous les genres sont bons, hors le genre ennuyeux.

Nous ne finirons pas cet article, sans citer quelques passages qui nous ont paru répréhensibles; nous pensons que cette critique pourra être utile à M. M....; il ne suffit pas d'ailleurs de dire: ce poème contient de mauvais vers, il faut le prouver.

J'ouvre le livre, à peu près au milieu, et je trouve

Par la main de Didier et de ses *compagnons*.

Plus loin, Des Genettes apprit à nos soldats:

A vaincre, *sans effort*, un mal *contagieux*.

Dans le chant III.me:

En flétrissant le nom de ses profanateurs,
Doit-on flétrir les lois dont ils sont *infracteurs*.

. . . .

Oublions Paracelse, *ainsi que* Vanhelmont.

En prose comme en poésie, il nous semble néces-

saire de suivre une métaphore commencée ; la figure suivante est-elle dans ce cas ?

« Ainsi *l'art salutaire*, après quelques naufrages,
Triomphateur de l'onde et vainqueur des orages,
Raffermi désormais sur ses vieux fondemens,
Règne sur les débris de la mort et du tems. »

Dans les deux premiers vers, l'art est représenté sous la figure d'un vaisseau, et dans les deux derniers sous celle d'un édifice.

Pour extirper le mal jusques dans ses racines.

Est-il un vers poétique ?

Mortels infortunés ! bientôt *l'art salutaire*
Détruira, *dans vos cœurs*, les poisons de Cythère.

C'est évidemment les cœurs de Boufflers dont l'auteur veut parler, et quelle image !

Les cyprès de la tombe aux fleurs de la santé.

Cette antithèse ne me semble pas convenable ; si les *cyprès* et les *fleurs* sont assez opposés, *la tombe* ne peut s'opposer à *la santé*, il fallait, *la mort*.

Eh quoi ! lorsque la mort, encore plus terrible,
Sous l'aspect d'une pierre ou d'un ulcère horrible,
Vient fixer son séjour dans mes flancs déchirés,
Ou ronger lentement mes membres *ulcérés*.

Ulcère, *ulcéré*, etc.

M. M.... corrigera sans doute ces négligences.

Les vers suivants ne devraient-ils pas aussi être retouchés : des eaux impures vont dans le sein des mers

Engloutir chaque jour des *matières immondes.*

. . . .

. . . . Rome . . .

Fit creuser des canaux *d'une immense étendue.*

Lorsque les Scipions et les grands Fabius.

Qu'ont fait les pauvres Scipions pour n'avoir pas d'épithète, tandis que les Fabius sont les *Grands* Fabius : si la mesure l'eût permis, ils auraient au moins été les *divins Scipions.*

Qu'importe, que son bras, triomphant de nos maux ;
De ce triste séjour évoque un vain *fantôme ?*
Il me montre un *cadavre* à la place d'un *homme*,
Et ce froid simulacre, ennuyé de son sort,
Ne vit plus désormais que pour craindre la mort.

Fantôme et *homme* ne riment pas, parce qu'une longue et une brève ne peuvent pas rimer. Qu'est-ce d'ailleurs qu'un CADAVRE, *froid simulacre ennuyé de son sort*, *et qui craint la* MORT, et qui VIT ?

Marc-Aurèle, Trajan, et vous *sage* Antonin.

Même réflexion que pour les *grands Fabius.*

Et ces beaux *monumens*, qu'*enfanta* le génie,
Se virent *transplantés* dans une autre patrie.

On *transplante* un végétal, *transplante-t-on* un monument ?

Ces observations qui ne portent que sur la forme, sont de la plus haute importance, car le style fait toute la différence entre un bon poète et un méchant écrivain. Racine disait : Pradon pense comme moi, mais j'écris mieux que lui ; la postérité a con-

firmé le jugement de ce grand homme. Nous engageons M. M..... qui ne manque ni d'études, ni de facilité, à faire choix d'un censeur sévère, et à ne faire des vers que pour s'exercer l'oreille à l'harmonie et aux inversions, comme le conseille Jean-Jacques; peut-être deviendra-t-il un bon médecin, et il est à craindre qu'il ne reste un poète médiocre. — On ne saurait le blâmer de cultiver la littérature; car elle doit être familière à tous les hommes destinés à faire triompher la vérité : c'est le moyen d'en assurer le succès. Malheur à ceux qui l'ont négligée! c'est d'après cette considération que nous avons été portés à donner à nos lecteurs une critique qui, au premier abord, peut paraître étrangère à notre objet.

R.

DES BAINS DANS L'ÉTAT DE SANTÉ,

DE LEUR EMPLOI, ET DES RÈGLES QUI NÉCESSITENT LEUR USAGE;

Par HENRI FAZEUILLE, *chirurgien-commissionné, bachelier de l'Université de Toulouse, membre de la Société Philo-Médicale de Paris, etc.*

Si nous sommes inférieurs aux anciens en quelques points, c'est bien certainement sous le rapport des établissemens thermaux. Quel luxe, quelle magnificence y étalaient les vainqueurs du monde! Ils rendaient, pour les embellir, tous les arts tribu-

taires. C'est là qu'ont été découvertes les copies précieuses des chefs-d'œuvre des Praxitèle, des Polyclète, des Apollodore, des Silanion, des Lysippe, des Myron, des Alcamène, des Scopas, des Phidias, etc., dont les modèles ont été dévorés par les temps (1) : c'est là qu'on a retrouvé les seuls débris de la peinture antique. Les mosaïques, les pierres précieuses, les marbres de Numidie, les pierres du Thase, les émeraudes, les saphirs étaient foulés aux pieds par les bourgeois de Rome, au rapport de Sénèque ; et les bains des affranchis étaient plus somptueux encore ! On serait tenté de l'accuser d'exagération et de mensonge, si les restes de ces monumens, échappés à l'ignorance dévastatrice des barbares, n'attestaient la vérité de ces descriptions. Une seule salle de ces édifices forme l'église des Chartreux à Rome ; et une loge du portier, celle des Feuillans. Après cela, admirons nos bateaux sur la rivière, et nos bicoques enfumées dans divers quartiers de la capitale !

---

(1) On sait qu'Agrippa avait mis devant ses Thermes la statue d'un homme sortant du bain, qui passait pour le meilleur ouvrage de Lysippe. Tibère parvenu à l'empire, ne put résister à l'envie de la posséder, et il la fit enlever, et bien que l'ayant remplacée par une autre statue d'un grand prix, il fut contraint de la replacer par la volonté du peuple. *Mirè gratam Tiberio principi, qui non quivit temperare sibi in eo, quanquàm imperiosus sui inter initia principatûs, transtulitque in cubiculum, alio ibi signo substituto*, etc. PLINE.

Les bains sont d'une nécessité si indispensable, ils guérissent tant de maux, en préviennent tant d'autres, que le philanthrope ne peut que gémir de voir qu'une immense population en proie à la misère est privée, dans Paris, de cet avantage précieux. Aucun établissement thermal n'est consacré à l'indigence; on administre seulement quelques bains pour elle, dans deux hôpitaux; mais quel insuffisant secours! Les quartiers les plus populeux, ceux dont les habitans, couverts de haillons, de poussière et de sueur, sont exposés aux maladies les plus hideuses de la peau, éloignés des hôpitaux, ne peuvent jouir de ce bienfait. Frappés, depuis plusieurs années, des inconvéniens graves qui résultaient de la privation de bains pour le 12.e arrondissement, occupé, comme on sait, par le peuple le plus malheureux de la capitale, nous n'avons cessé de mettre sous les yeux du magistrat vertueux qui l'administre, le besoin urgent d'un pareil établissement. Le nom de M. Cochin, si cher aux malheureux, nous était un sûr garant des succès de notre demande. Dans son infatigable sollicitude, il n'a point eu de repos qu'il n'ait obtenu la fondation d'une maison de bains pour les pauvres. Grâces lui soient rendues! le 12.me arrondissement va posséder un établissement thermal! s'il était permis de mêler un peu d'orgueil au généreux sentiment qui a guidé M. le Maire, peut-être pourrions nous dire qu'il n'est pas sans gloire pour lui d'avoir donné le premier un si bel exemple.

M. Fazeuille, qui sait apprécier tous les avantages qu'on peut retirer des bains, a été aussi frappé des maux qu'entraîne leur abus. Il a pensé qu'il ne serait pas sans utilité pour le public, de donner à cet égard quelques règles de conduite. Après avoir passé en revue les manières diverses de prendre les bains, examiné quel serait le résultat de l'introduction de ces usages parmi nous, quelle est la méthode employée par les Français et les peuples méridionaux de l'Europe, M. Fazeuille trace une légère esquisse de nos bains publics et particuliers qu'il compare à ceux des autres nations; cette partie de sa notice ne manque pas d'intérêt; il détermine ensuite la température qu'on doit donner à l'eau des bains, et donne les moyens de la reconnaître. Il regarde avec raison, comme erronée et souvent dangereuse, la mesure thermométrique : en effet, cette température doit varier suivant les peuples, les climats et les individus, et ne saurait être fixée d'une manière constante au moyen d'un thermomètre. Avis à ceux qui veulent appliquer ce moyen d'exploration aux divers cas physiologiques et pathologiques. Il examine ensuite les effets des bains, et donne des règles sur leur emploi, lesquelles doivent être modifiées selon les climats, les saisons, les tempéramens, les genres de vie, les âges, etc. Cette petite brochure, par laquelle ce jeune homme débute dans la carrière, quoique ne renfermant rien de nouveau, se fait lire pourtant avec plaisir. Nous reprocherons à M. Fazeuille quelques négligences

de style, même quelques fautes de français; par exemple, *quels que soient les résultats qu'ils* PEUVENT *produire, ils n'égaleront jamais*, etc., des phrases un peu ambitieuses. Son écrit néanmoins annonce de l'instruction et une bonne éducation première : nous l'engagerons à mûrir son talent dans le silence, et de ne pas donner au public, toujours exigeant, des fruits prématurés. R.

MÉMOIRES

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE PLUSIEURS MALADIES;

Par ANTOINE PORTAL, *premier médecin du Roi, professeur de médecine au Collège Royal de France, etc., etc. Tome IV.e, contenant des observations et des remarques sur plusieurs maladies du cœur, sur les inflammations des membranes, le vomissement, les antidotes ou contre-poisons, et sur quelques autres points d'anatomie médicale.*

A Paris, chez Arthus-Bertrand, libraire, rue Hautefeuille, N.º 13. Prix, 5 fr.

DANS la longue et brillante carrière qu'il a parcourue, M. Portal a fait plus de cours, publié plus d'ouvrages, et vu au moins autant de malades qu'aucun autre médecin. Bien des personnes sont éton-

nées qu'un seul homme puisse suffire à des travaux si nombreux et si variés, n'ont pu s'empêcher de lui en témoigner à lui-même leur surprise ; M. Portal leur a répondu qu'il enseignait ce qu'il avait observé ; qu'il écrivait ce qu'il avait enseigné, et qu'en paraissant s'occuper de beaucoup de choses, il ne se livrait réellement qu'à une seule.

L'ouvrage que nous annonçons contient un grand nombre d'observations piquantes, de préceptes importans.

Voici le titre des divers mémoires qu'il renferme :

Remarques sur l'inflammation du péricarde ou péricardite ;

Mémoire sur les anévrysmes du cœur ;

Des ruptures des oreillettes et des ventricules ;

De la cardialgie ou *douleur du cœur ;*

De la sténocardie ou angine pectorale ;

De l'inflammation du cœur ;

Des palpitations du cœur ;

Des faiblesses ou de l'asthénie ;

Des inflammations du péritoine ;

Des causes du vomissement ;

De la sûreté de la cautérisation des morsures faites par un animal enragé, et de l'incertitnde des remèdes réputés curatifs de cette maladie ;

Des antidotes, ou remèdes spécifiques contre les poisons ;

De la membrane pupillaire et de la nature du liquide contenu dans les deux chambres de l'œil ;

Notice sur la maladie et la mort de madame la baronne de Staël.

La théorie médicale de M. Portal est, dans presque tous ces mémoires, différente, à quelques égards, de celle qui est enseignée dans les Ecoles; elle offre, par cela même, un intérêt particulier et un sujet aux méditations des médecins.

M. Portal, par exemple, ne croit pas qu'on doive admettre l'inflammation isolée des membranes séreuses qui recouvrent les viscères des grandes cavités, de l'arachnoïde, de la plèvre, du péritoine; il n'ajoute point de confiance à l'emploi des réactifs propres à neutraliser l'action des poisons: c'est dans son ouvrage même qu'il faut voir les motifs sur lesquels il fonde ces diverses opinions.

Des faits assez nombreux et fort intéressants ont porté M. Portal à rejeter les signes à l'aide desquels M. Corvisart distingue les anévrysmes du cœur avec épaississement et avec amincissement des parois. Cette opinion, que nous ne devons pas discuter ici, a été émise dans ce Journal par M. Rostan, que l'observation d'un assez grand nombre de faits a conduit au même résultat (1). On aime à voir les hommes qui cultivent la science, arriver au même but en suivant des routes différentes.

C'est dans l'ouvrage même de M. Portal qu'il faut lire les faits dont il s'agit. Nous ne pouvons cependant pas nous dispenser d'en transcrire un qui est relatif à un anévrysme avec amincissement, reconnu à l'ouverture du cadavre chez une personne

(1) *Voyez* le cahier du mois d'avril 1818, du Nouveau Journal de Médecine.

dont le pouls avait toujours été *plein*, *fort*, et *dur* pendant la vie.

« Une dame d'Auvergne, logée rue de Seine, âgée d'environ vingt-cinq ans, d'une constitution délicate et très-irritable, fut atteinte des plus vives palpitations du cœur dans sa plus tendre jeunesse ; elle éprouva même quelques légères hémoptysies. Cependant par des soins bien entendus, et par l'apparition des règles, elle fut en beaucoup meilleur état; les règles continuèrent d'être bien périodiques et assez abondantes. La santé parut s'être consolidée assez pour pouvoir marier la jeune personne. Mais devenue grosse, elle éprouva de nouvelles palpitations du cœur, qu'on diminua considérablement par des saignées. L'accouchement fut heureux ainsi que les suites des couches ; mais quelques mois après, les palpitations du cœur revinrent, les règles étaient diminuées et souvent très-retardées, avec des hémoptysies fréquentes. Cette dame demeurait alors à Paris, son mari y ayant été appelé pour remplir une place dans la magistrature. M. Thiery de Bussy qui lui donnait des soins, crut devoir m'appeler en consultation. La plénitude et la dureté du pouls nous décidèrent à lui conseiller la saignée du bras, dont la malade avait déjà retiré plusieurs bons effets. Un régime adoucissant, humectant et anodin, fut prescrit, et heureusement ! car la jeune dame prit bientôt un meilleur état. Elle se faisait saigner quelquefois du pied, lorsqu'elle éprouvait du retard ou de la diminution dans ses règles. Son pouls était habi-

tuellement *très dur et plein*. Cependant la respiration devint difficile, il survint de l'œdématie aux extrémités, les urines étaient diminuées en quantité, d'une manière remarquable; de légers diurétiques étaient prescrits, mais presque toujours sans succès, s'ils n'étaient précédés de la saignée. Nous savions bien que notre traitement n'était que palliatif, mais nous n'en pouvions prescrire d'autre qui ne fût nuisible. Cependant les palpitations du cœur furent moins fréquentes et moins fortes; le pouls parut moins dur, moins plein; on comptait sur un prolongement de la maladie, car on n'osait fonder d'autres espérances, lorsque cette jeune dame finit par mourir de la plus forte orthopnée, au moment où l'on ne s'y attendait pas. Son corps fut ouvert par M. Jolly, chirurgien. On reconnut qu'il y avait une infiltration générale dans le tissu cellulaire du tronc et des extrémités, ainsi qu'un épanchement considérable d'eau dans les deux cavités du thorax; il y avait aussi de l'eau dans le péricarde. Le cœur, qui avait acquis un ample volume, contenait une grande quantité de sang : les quatre cavités étaient beaucoup plus grandes qu'elles ne le sont naturellement et les parois étaient très-minces, celles du ventricule droit sur-tout; quant à celles du ventricule gauche, elles n'étaient pas plus épaisses que celles du ventricule droit, quoiqu'elles aient ordinairement deux fois plus d'épaisseur. La couleur des fibres musculaires du cœur était un peu moins rouge qu'elle ne l'est naturellement; mais ses fibres

n'étaient pas si ramollies qu'on n'eût quelque peine à les déchirer ».

Quelques personnes pour lesquelles la forme est plus que le fond, reprochent très-sérieusement à M. Portal, de n'avoir pas le langage de la théorie des auteurs les plus modernes.

Les hommes un peu moins superficiels savent que la couleur des ouvrages est soumise aux caprices de la mode, comme celle de nos vêtemens ; ils ne jugent ni les livres d'après leur forme, ni les personnes d'après leur enveloppe.

Les faits ne vieillissent point, et comme les ouvrages de M. Portal en contiennent beaucoup, il est permis de leur présager une place honorable parmi les livres destinés à être toujours consultés.

CHOMEL.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES ;

Par A. P. WILSON PHILIP, *membre-associé du Collège Royal des médecins d'Edimbourg, médecin de l'hôpital de Worcester; ouvrage traduit de l'anglais sur la troisième et dernière édition, avec un discours préliminaire et des notes ; par* J. B. D. LÉTU, *docteur-médecin.*

CE traité des fièvres intermittentes et rémittentes forme la première partie de la *Médecine-pratique* du docteur Wilson Philip : le traducteur se propose de publier les autres parties, si les lecteurs bénévoles accueillent gracieusement la première.

Cet ouvrage est généralement fait dans un bon esprit; plusieurs choses importantes y sont omises; on trouve dans quelques endroits des discussions étrangères au sujet, et çà et là quelques inexactitudes.

Les fièvres intermittentes et rémittentes consistent suivant l'auteur en des *paroxysmes* répétés qui reviennent avec une *exacerbation* évidente et généralement avec frisson; il s'interpose une apyrexie complète ou au moins une rémission évidente». Cette définition est loin d'être satisfaisante, sous le double rapport de la clarté et de la concision.

L'auteur divise les fièvres intermittentes et rémittentes d'après leur type, en quotidiennes, tierces et quartes; et les symptômes inflammatoires, pernicieux, qui accompagnent souvent ces maladies ne forment pas même des divisions secondaires: c'est un des vices de cet ouvrage.

Sous le titre de symptômes anomaux des fièvres intermittentes, l'auteur donne une assez bonne classification des fièvres anomales. « Dans la première » classe, il comprend les cas dans lesquels l'ordre des » diverses périodes qui constituent le paroxysme est » dérangé, ou dans lequel quelques périodes man» quent. Dans la seconde, ceux dans lesquels tous » les paroxysmes ou quelques-unes de leurs périodes » sont restreintes à des parties du corps. Dans la » troisième, ceux dans lesquels certains symptômes » l'emportent à un tel point qu'ils altèrent considé» rablement l'aspect de la maladie. La quatrième

» classe comprend les cas dans lesquels d'autres ma-
» ladies ou des symptômes particuliers prennent la
» forme d'une fièvre intermittente ».

M. Philip remarque avec justesse que quand les accès se rapprochent, et sur-tout quand une fièvre devient double, le stade de la chaleur se prolonge et celui du froid devient plus court, ce qui conduit par degrés à la transformation du type intermittent en type continu.

L'article consacré au pronostic appartient plutôt au pronostic des maladies aiguës en général qu'à celui des fièvres intermittentes en particulier; on peut en juger par quelques aphorismes que nous transcrirons au hazard.

« A mesure que le danger augmente, la faiblesse
» et l'irrégularité des mouvemens volontaires de-
» viennent plus remarquables, des tiraillemens in-
» volontaires des muscles et des tressaillemens se
» terminent souvent par des convulsions générales,
» dans lesquelles le malade expire.

» Le désordre des sens est au nombre des plus
» mauvais symptômes ».

» Tout changement dans la vie s'éloignant de son
» ton ordinaire, indique du danger; la perte de la
» parole est souvent l'avant-coureur de la mort ».

Mais ce qui étonnera davantage les lecteurs méthodiques, ce sera de trouver dans le même article intitulé : *Pronostic des fièvres intermittentes*, une discussion sur les crises et les jours critiques.

Le mot *septénaire*, souvent employé dans cette

discussion, est toujours accompagné d'un adjectif ou d'un article féminin.

A l'incorrection se joint quelquefois une grande obscurité dans le style; en voici un échantillon: « Les » jours critiques qui suivent le vingtième sont le » vingt-quatrième, le vingt-septième, le trente-qua- » trième, le quarantième, non le quarante-unième » qui est le septième jour depuis le trente-qua- » trième: et de même que la troisième semaine com- » mence au même jour auquel la deuxième finit, » de même le sixième *jour* commence le même jour » où le *cinquième* finit; donc on ne compte que six » jours pour chacune de ces semaines. La même » chose arrive *au neuvième, au douzième* et à chaque » troisième semaine qui suit; donc la soixantième, » le quatre-vingtième jour etc., sont des jours cri- » tiques ». N'est-il pas permis de soupçonner que le traducteur a substitué les jours aux semaines, au-moins trois ou quatre fois en quelques lignes?

Le chapitre intitulé *des apparences morbides découvertes par l'autopsie de ceux qui meurent de fièvres intermittentes*, contient quelques réflexions que nous croyons devoir transcrire.

« Plusieurs maladies sont mortelles, sans laisser » après elles aucune trace qu'on puisse découvrir » par l'autopsie. Cela, strictement parlant, est vrai » de la fièvre intermittente, aussi bien que de la » continue. On observe à la vérité différentes appa- » rences morbides dans ceux qui meurent des fiè- » vres intermittentes; pas une de ces apparences ce-

» pendant, ne peut être regardée comme essentiellement liée avec la fièvre, pas une ne semble entièrement liée avec sa cause, et il n'y en a aucune qu'on puisse regarder comme sa conséquence immédiate. »

En parlant des causes des fièvres intermittentes, il émet l'opinion qu'elles se transmettent par contagion.

Dans le chapitre consacré au traitement des fièvres intermittentes, nous avons été surpris de voir les purgatifs recommandés comme nécessaires dans *l'accès*, c'est-à-dire, le stade du *chaud*, et l'acétate d'ammoniaque indiqué dans le même stade comme propre à combattre les symptômes inflammatoires.

La manière dont s'exprime l'auteur sur l'emploi des préparations arsénicales dans le traitement des fièvres intermittentes, nous paraît beaucoup plus conforme aux règles d'une sage thérapeutique. « L'arsenic a l'approbation de plusieurs praticiens » respectables : toutefois je vois que nous ne pouvons » pas regarder *son innocence* comme certaine. Il » faudrait une expérience très-étendue pour se dé» cider à y avoir recours avant que les moyens re» connus salutaires eussent échoué...... Les mauvais » effets que de petites doses peuvent produire, » même données avec précaution, sont les déran» gemens de l'estomac et des intestins, le gon» flement de la face ou d'autres parties du corps, » l'augmentation ou la diminution des urines, des

» éruptions violentes, le mal de tête, la sueur, et » des tremblemens.....

« On peut en quelque sorte, ajoute l'auteur, pré» venir ces effets en les combinant avec de petites » doses d'opium ».

Le dernier chapitre de cet ouvrage a pour objet la manière d'agir des médicamens employés dans les fièvres intermittentes. L'action de l'opium et de la saignée sur l'économie est le sujet d'une discussion qui eut été mieux placée dans un traité sur les moyens thérapeutiques que dans une monographie des fièvres intermittentes.

Cet ouvrage ne présente rien de neuf, mais il est à-peu-près au niveau des connaissances actuelles. S'il pêche en quelque point, c'est sur-tout par des omissions graves et par le défaut d'ordre.

CHOMEL.

DE L'AUSCULTATION MÉDIATE,

OU TRAITÉ DU DIAGNOSTIC DES MALADIES DU POUMON ET DU COEUR, FONDÉ PRINCIPALEMENT SUR CE NOUVEAU MOYEN D'EXPLORATION;

Par R. T. H. LAENNEC, *D.-M.-P., médecin de l'hôpital Necker, médecin-honoraire des Dispensaires, membre de la Société de la Faculté de Médecine de Paris, et de plusieurs autres Sociétés nationales et étrangères.*

A Paris, chez J. A. Brosson et J. S. Chaudé, li-

braires, rue Pierre-Sarrazin, N.o 9. 1819. — Le stéthoscope, 2 fr.

Les ouvrages remarquables sont fort rares dans une époque où cependant les livres se multiplient d'une manière effrayante : pourquoi ? C'est que les hommes instruits et doués d'un bon esprit, craignant de faire succomber la science sous son propre poids, avant de publier leurs pensées, les mûrissent dans le silence, les font passer au creuset d'une raison sévère, et s'apercevant, en dernière analyse, qu'il y a fort peu de choses bonnes, utiles et neuves, se taisent. L'ignorance est plus hardie, plus présomptueuse ; tout ce qu'elle produit est neuf, est utile, est bon ; elle ne doute de rien ; elle ne traite pas, elle *guérit* ; s'il lui arrive de voir disparaître des symptômes pendant qu'elle administre tel ou tel remède, elle s'imagine que le malade est *guéri* ; que c'est le remède, et sur tout son ordonnance, qui l'a *guéri*. Une observation si concluante ne peut rester ensevelie, elle la publie. En un mot, comme l'a si bien dit Delille :

Le savant doute, hésite, et l'ignorant sait tout.

En voilà, ce nous semble, plus qu'il n'en faut pour expliquer d'une manière satisfaisante le déluge de mauvais livres dont nous sommes inondés, et dont une critique impartiale est obligée de faire justice.

Quoique tout ne soit pas également bon dans

l'ouvrage de M. Laennec, c'est néanmoins un écrit fait d'après les principes immuables de l'expérience et de l'observation, et si l'auteur s'est trompé quelquefois, c'est, comme il le dit lui-même dans le cours de son livre, qu'il n'est pas donné au même homme de tout voir également bien. Cet ouvrage nous paraît devoir être examiné sous différens points de vue. 1.º Le moyen nouveau d'explorer les maladies de la poitrine, la manière de l'appliquer, et les signes qu'il fournit; 2.º la valeur appréciée de chacun de ces signes dans les diverses maladies; 3.º les descriptions d'anatomie pathologique et les observations.

L'ouvrage de M. Laennec est long, trop long peut-être; et les praticiens occupés n'ayant pas le temps de lire un livre de si longue haleine, voulant néanmoins profiter des signes nouveaux au moyen desquels ils pourront mieux apprécier les diverses altérations thoraciques, trouveront sans doute avec plaisir dans quelques pages l'extrait de tous ces signes. Bien qu'un peu aride, un pareil travail sera lu par l'attrait de la nouveauté du sujet, l'espoir d'en retirer un grand avantage et de pouvoir le juger soi-même. Tel sera le but de cet article, qui ne sera mêlé d'aucunes réflexions critiques. Dans un article subséquent, nous donnerons le résultat des observations que nous ferons sur près de trois cents malades, pour confirmer ou infirmer ceux de M. Laennec; nous parlerons enfin de l'anatomie pathologique.

Un cylindre en bois, d'un pied de longueur, de

18 à 20 lignes de diamètre, percé dans toute sa longueur et dans son centre d'un tube de 9 lignes de circonférence, cylindre qui peut se diviser au moyen d'une vis placée dans son milieu, qui le rend plus portatif, et à l'aide d'un embout mobile offrir une espèce d'entonnoir à l'une de ses extrémités; tel est l'instrument employé par M. Laennec pour explorer la *voix*, la *respiration*, le *râle* et la *circulation*, et auquel il a donné le nom de *stéthoscope*.

Exploration de la voix. — L'application du stéthoscope sur la poitrine d'un homme sain qui parle ou qui chante, ne fait entendre qu'une sorte de frémissement plus marqué dans certains points de la poitrine que dans d'autres, mais lorsqu'il existe une cavité dans le poumon, cet effet cesse, la voix se fait entendre par le tube du cylindre et ne parvient plus à l'oreille libre : ce phénomène s'appelle *pectoriloquie*. La *pectoriloquie* peut être *parfaite*, *imparfaite* ou *douteuse*, offrir diverses modifications selon les altérations des organes respiratoires, et se changer en *égophonie* ou *pectoriloquie chevrotante* et en *tintement métallique*.

On peut se faire une idée de la pectoriloquie parfaite en appliquant le stéthoscope sur la trachée d'un homme sain. Lorsqu'il y a dans le poumon une cavité vide et voisine des parois thoracique, on sent le même phénomène. Les points de la poitrine où on sent le plus souvent la pectoriloquie, sont sa partie antérieure et supérieure, l'aisselle, l'espace compris entre la clavicule et le muscle trapèse, les

fosses sus-épineuse et sous-épineuse de l'omoplate. L'épaisseur de l'omoplate et de ses muscles ne nuit pas à la perfection de la pectoriloquie.

La pectoriloquie est *parfaite* lorsque la voix monte distinctement par le tube; elle indique sûrement une cavité communiquant avec les bronches.

Elle est douteuse, lorsque la voix du malade paraît un peu plus aiguë, qu'elle retentit sous le cylindre, sans passer évidemment par le tube. On la sent naturellement entre les épaules des personnes maigres. Elle est une *présomption* de l'existence d'une excavation profonde, ou en partie remplie d'une matière tuberculeuse, lorsqu'on l'entend au-dessous de la quatrième côte, et d'un seul côté.

La pectoriloquie n'est qu'*imparfaite* lorsque dans un point de la poitrine la voix est bien plus forte par le tube qu'à l'oreille nue.

La pectoriloquie est d'autant plus évidente que la voix est plus aiguë. Lorsque la voix est grave, elle masque la pectoriloquie; le malade semble parler dans un porte-voix. Ce phénomène a lieu dans les grandes excavations. Quand il survient chez des sujets à voix aigre, et pectoriloques, on doit conclure que la maladie fait des progrès.

La pectoriloquie parfaite peut être continue ou intermittente; celle-ci indique que les cavités communiquent avec de petits rameaux bronchiques, souvent obstrués par des crachats. Il faut donc examiner plusieurs fois les malades, qui peuvent être pectoriloques dans un moment et point dans un autre.

La pectoriloquie donne une articulation plus ou moins distincte et claire; chez quelques sujets elle semble traverser un tube d'airain avec un chevrotement remarquable : c'est l'*égophonie*. Il arrive quelquefois qu'à chaque mot que prononce le malade, un tintement analogue à celui d'une petite cloche ou d'un verre qui finit de résonner, retentit dans le tube, et vient y mourir à une hauteur variable : c'est le *tintement métallique*. Un souffle manifeste accompagne quelquefois la pectoriloquie et même l'égophonie. L'extinction de la voix n'empêche pas la pectoriloquie; les excavations d'une étendue moyenne et qui ont peu d'anfractuosités, donnent la pectoriloquie la plus parfaite; les plus petites la donnent aussi. Celles qui sont applaties ne la donnent quelquefois pas. Elle est confuse lorsqu'il y a beaucoup d'anfractuosités. Lorsqu'elle est bien nette, claire, sans râle, on doit conclure que l'excavation est vide; lorsqu'on entend un espèce de de gargouillement, le contraire a lieu.

Pour faire commodément l'exploration de la voix, il faut, si le malade est au lit, le faire coucher sur le dos, et explorer dans cette position les parties antérieures de la poitrine, en le plaçant successivement des deux côtés du lit. Pour les côtés, on fait coucher le malade à droite et à gauche alternativement; pour le dos, on le met à son séant, penché en avant, les bras croisés et le dos tourné vers l'observateur. La tête du malade doit être tournée du côté opposé à celui qu'on examine.

Il faut examiner toute la poitrine, car la pectoriloquie se fait quelquefois entendre au milieu et au bas du thorax.

La pectoriloquie est un véritable signe pathognomonique de la phthisie pulmonaire, il s'annonce quelquefois d'une manière certaine long-temps avant qu'aucun autre puisse le faire soupçonner. Il est le seul certain. Les signes généraux de la phthisie peuvent exister, sans que cette maladie existe, et *vice versâ ;* l'exploration par le cylindre indiquera positivement l'état du malade et le degré d'espérance qu'on peut concevoir.

Ici l'auteur fait une digression sur la curabilité de la phthisie pulmonaire. Ce chapitre, qui mérite une attention particulière, sera examiné plus tard, afin de ne pas interrompre un article uniquement consacré à faire connaître les signes que fournit le nouveau moyen d'exploration. Nous dirons seulement que M. Laennec croit être arrivé à cette conclusion consolante *que la phthisie peut se guérir.*

Lorsque la matière tuberculeuse vient à être expectorée, la pectoriloquie qui avant n'était pas sensible, commence alors à se faire entendre.

M. Laennec a rencontré, chez des individus morts à la suite de catarrhe chronique, la *dilatation des rameaux bronchiques*, altération dont on n'avait pas parlé avant lui. Les ramifications bronchiques sont souvent quadruplées de volume, et leurs extrémités se terminent en culs-de sacs capables de loger un

grain de chenevis, un noyau de cerise, une amande. Leur membrane interne est épaissie et rougie, elle adhère aux cerceaux cartilagineux. Cette altération occupe principalement le lobe supérieur du poumon et s'étend quelquefois plus loin. La coqueluche le produit souvent, ainsi que toutes les toux opiniâtres. La pectoriloquie se fait entendre dans ces cas; mais l'auteur, qui pense que l'auscultation doit donner des signes propres à distinguer cette altération des excavations pulmonaires, n'ayant pas fait assez d'observations à ce sujet, ne peut donner ces signes distinctifs.

L'égophonie ressemble à la pectoriloquie, en ce qu'elle consiste aussi en une forte résonnance de la voix sous le cylindre; elle s'introduit rarement dans le tube, et ne le traverse presque jamais évidemment; elle est plus aiguë, en quelque sorte argentine, on dirait que quelqu'un parle dans la poitrine du malade; elle est tremblante comme celle d'une chèvre, elle ressemble au *bredouillement de Polichinelle*. Ce tremblement accompagne ou suit la parole; il la suit quand le malade parle par monosyllabes. Pour bien l'entendre, il faut appliquer fortement le cylindre sur la poitrine du malade, et légèrement l'oreille sur le cylindre. L'égophonie indique une pleurésie aiguë ou chronique avec un médiocre épanchement dans la plèvre; elle doit avoir lieu dans l'hydrothorax et autres épanchemens. Elle diminue avec l'épanchement, et varie suivant son abondance. Elle disparaît aussi lorsqu'il est trop

considérable. Ce phénomène s'entend là où le liquide a le moins d'épaisseur, sur-tout à sa partie supérieure, le malade étant couché sur le dos ou assis; s'il est couché sur le ventre, on l'entend sur les côtés, et fort peu entre les épaules. L'égophonie est principalement distincte à l'angle inférieur de l'omoplate et entre le bord interne de cet os et la colonne vertébrale : c'est le lieu où correspondent les plus forts tuyaux bronchiques. La respiration devient sensible, à mesure que l'égophonie descend, dans la zone qu'elle abandonne. C'est un signe favorable dans la pleurésie, puisqu'il indique un épanchement médiocre; sa persistance est d'un bon augure, elle prouve que l'épanchement n'augmente pas; la pleurésie ne devient chronique que lorsque l'épanchement est très-abondant. La péripneumonie n'empêche pas l'égophonie. Lorsqu'elle existe simple et sans épanchement, l'égophonie n'a pas lieu. L'égophonie peut-être suspendue pendant quelques minutes ou quelques heures, elle reparaît quand le malade a craché. L'égophonie peut exister avec la pectoriloquie, elle indique alors un épanchement existant simultanément avec une cavité ulcéreuse. La voix arrive dans ce cas distinctement par le stéthoscope.

Exploration de la respiration. Le cylindre évasé à son extrémité en forme d'entonnoir, est celui dont on doit se servir pour l'exploration de la respiration. Appliqué sur la poitrine d'un homme sain, il fait entendre un murmure léger très-distinct,

qui indique l'introduction de l'air dans les cellules du poumon, et son expulsion. Le creux de l'aisselle et l'espace compris entre la clavicule et le trapèze sont les points où il a le plus de force, on l'entend d'ailleurs sur tous les points du thorax. Le bruit de la respiration a un caractère particulier à l'origine des bronches, l'air semble passer dans un conduit plus vaste que les cellules pulmonaires, il semble quelquefois attiré du cylindre et repoussé dans ce tube. Ce n'est qu'au bout de quelques secondes qu'on peut bien juger de la respiration. L'épaisseur des vêtemens diminue peu le bruit de la respiration; on peut en dire autant de l'embonpoint et de l'infiltration des parois de la poitrine, ce qui donne au stéthoscope une supériorité marquée sur la percussion. La respiration est d'autant plus sonore qu'elle est plus fréquente. Chez les enfans elle est très-sonore, elle a dans cet âge un bruit particulier, c'est la respiration *puérile*. Elle varie chez l'adulte, elle s'entend fort peu chez les sujets qui respirent lentement; ceux-là sont ordinairement peu sujets à la dyspnée. Quelques individus ont la respiration bruyante et conservent jusqu'à la vieillesse la respiration *puérile*. Ce sont en général des femmes et des personnes nerveuses, elles s'essoufflent facilement. Dans quelques cas pathologiques, la respiration prend le caractère puéril : cela se remarque quand un poumon ou une portion des deux poumons est devenue imperméable à l'air. La respiration la plus bruyante à l'oreille nue ne se fait pas entendre pour

cela plus fortement dans la poitrine, excepté lorsqu'il existe du râle, ou du sifflement, etc. : le bruit de la respiration ayant ordinairement lieu dans les fosses nasales et l'arrière-bouche.

Lorsque la respiration s'entend distinctement et à-peu-près également dans toute la poitrine, il n'éxiste ni épanchement ni engorgement... Si elle cesse de se faire entendre dans un point quelconque, ce point est imperméable à l'air. L'absence du son par la percussion indique la même chose et coïncide presque toujours avec l'absence de respiration.

La *péripneumonie* présente trois degrés ; le premier est caractérisé par une sorte *d'engouement* ; le tissu pulmonaire est encore crépitant ; le deuxième, l'air ne pénètre plus dans ce tissu, c'est l'hépatisation rouge ; le troisième, la partie hépatisée entre en suppuration, c'est l'hépatisation grise. Ces trois degrés peuvent se rencontrer réunis. Le passage de l'un à l'autre de ces degrés peut se reconnaître par des points d'un engorgement plus avancé au milieu d'un tissu moins engorgé. La péripneumonie commence ordinairement par la partie inférieure du poumon qu'elle finit par envahir entièrement. Dans la résolution de l'inflammation, le poumon reprend sa perméabilité à l'air, le tissu est seulement plus humide que dans l'état naturel, il présente une teinte jaune et légèrement verdâtre ; il ne suinte plus de pus. Les signes généraux ne suffisent pas pour caractériser la péripneumonie. La percussion même ne suffit pas dans quelques circonstances. Le cylindre

indique l'engorgement dans tous les cas et ses degrés divers. Dans le premier degré, la respiration s'entend encore dans le point affecté, que le son soit mat ou non, elle est cependant moins forte que dans les autres parties de la poitrine, elle est accompagnée d'une espèce de *crépitation* qui est le signe pathognomonique de ce 1.er degré, c'est le *râle crépitant*. Il suffit de l'avoir entendu une fois pour le reconnaître. Le 2.me et le 3.me degré se reconnaissent à l'absence totale de respiration. On entend quelquefois un *râle muqueux* plus ou moins marqué, il existe quand le catarrhe complique la péripneumonie. La respiration redevient quelquefois *puérile*. Dans la résolution, le cylindre apprécie les progrès de la guérison. Le murmure d'expiration déjà sensible lorsque le son est encore mat. Tous jours ce murmure devient plus marqué. La per sion ne fait reconnaître la résolution que quel jours plus tard.

Du côté droit la respiration est sensible malgré la présence du foie; il suffit qu'une partie même fort mince du poumon pénètre entre les côtes et le diaphragme refoulé par le foie, ce qui donne à l'auscultation la supériorité sur la percussion. Du côté gauche, si l'estomac distendu par des gaz, refoule le diaphragme, la percussion donne un son clair, mais l'absence de respiration rectifie le jugement et fait reconnaître l'erreur. L'auscultation est encore supérieure dans les cas d'enbonpoint, d'infiltration, de rachitisme et de flaccidité des té-

gumens et dans beaucoup d'autres qu'on pourra lire dans l'ouvrage même. L'auscultation ne doit pas faire négliger la percussion; leur emploi successif donne, dans les cas douteux, des certitudes que l'une des deux n'eut pu seule faire acquérir.

La gangrène du poumon est un cas fort rare, elle est circonscrite ou non circonscrite. Le tissu pulmonaire plus humide, plus facile à déchirer que dans l'état naturel, offre la densité du premier degré de la péripneumonie. Sa couleur varie depuis le blanc sale jusqu'au vert foncé, presque noir, avec un mélange de brun noirâtre ou jaune terreux; quelques points ramollis tombent en déliquium. Un liquide sanieux trouble, d'un gris verdâtre et d'une [illegible]idité gangréneuse insupportable, s'écoule des [illegible]ties altérées qu'on incise. Le tissu pulmonaire se perd insensiblement dans celui qui est af[illegible] ou il en est séparé par un engorgement in[illegible]matoire. La gangrène partielle peut se déve[illegible]per dans toutes les parties du poumon; elle doit être considérée sous l'état d'escarre, de sphacèle déliquescent, et celui d'excavation formée par le ramollissement complet et l'évacuation de la partie gangrenée. L'escarre gangréneuse peut se faire jour dans la plèvre et devient la cause d'une pleurésie ordinairement accompagnée d'un pneumo-thorax. Quelquefois la cavité pénètre en même temps dans la plèvre et dans les bronches. Les excavations gangréneuses produisent la pectoriloquie, comme les excavations tuberculeuses. Quand elles commu-

niquent en même temps avec la plèvre et les bronches et qu'elles ont déterminé la pleurésie avec pneumo-thorax, elles donnent lieu au tintement métallique.

L'emphysème du poumon est peu connu ; il est assez commun, il donne lieu à l'agrandissement inégal des cellules pulmonaires ; elles varient alors depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une fève de haricot ; elles ne dépassent pas ordinairement la surface du poumon, mais quelquefois elles y forment une légère saillie. Dans ce dernier cas le poumon paraît vésiculeux, comme celui des batraciens. Dans un plus haut degré les vésicules aëriennes se rompent, il se fait dans le tissu cellulaire un véritable épanchement d'air qui donne lieu à des phlyctènes irrégulières plus ou moins volumineuses, elles peuvent atteindre le volume d'un œuf, et se déplacent facilement sous le doigt. Les poumons ainsi emphysémateux au lieu de s'affaisser lorsqu'on les sort de leur cavité, semblent s'échapper avec violence, ils sont moins compressibles et plus durs qu'à l'ordinaire, la crépitation est d'une nature particulière ; ils sont plus légers, plus secs que dans l'état sain. Les signes généraux de cette maladie sont équivoques, l'auscultation jointe à la percussion donne des signes certains de sa présence. La respiration ne s'entend pas, et la poitrine rend cependant un son *très-clair*, si la respiration s'entend, elle est faible, et les points ou elle se fait entendre varient d'un moment à l'autre. Si la maladie est légère on

entend quelquefois un râle qui ressemble au cliquetis d'une petite soupape, il est rare et non continu. Cette lésion peut être confondu avec le catarrhe pulmonaire et le pneumo-thorax, nous verrons plus tard comment on peut les distinguer.

Des productions accidentelles développées dans le poumon. Lorsque les tumeurs sont volumineuses, le cylindre les indique par l'absence de respiration dans le lieu qu'elles occupent. Si elles sont petites, et le poumon sain dans l'intervalle, le cylindre n'indique rien : c'est ainsi que pour les tubercules crus et disséminés, et dont les intervalles sont sains, il ne donne pas plus de signes que la percussion. Les tumeurs pourraient être reconnues sous le sternum, par l'absence de la respiration, qu'on entend parfaitement dans l'état sain. Des *kystes* volumineux se développent par fois dans le poumon : le cylindre peut les faire soupçonner. On peut en dire autant des *hydatides* ou *acéphalocystes*. Des productions *cartilagineuses*, *osseuses*, *pétrées*, *crétacées*, se rencontrent souvent dans le poumon : lorsqu'elles sont peu volumineuses, elles ne peuvent pas même être présumées par l'auscultation.

Les *mélanoses* sont une espèce de cancer des moins communs, qui se présentent sous divers états, mais que nous ne décrirons pas ici, vu que l'auscultation ne fournit aucun signe pour les reconnaître.

Les *encéphaloïdes* du poumon sont une espèce de cancer des plus communs, que le cylindre peut in-

diquer simplement lorsqu'elles sont volumineuses. Par cette raison, nous les passerons sous silence.

La respiration fournit quelques signes pour reconnaître les tubercules simples, et bien qu'ils soient équivoques, ils ne doivent pas être dédaignés. Si les tubercules sont accumulés dans un seul endroit, le son est mat et la respiration nulle. La respiration est sonore aux endroits qui correspondent à des excavations; même quand le son est mat par la percussion, le murmure qui existe dans l'état naturel ne se fait pas entendre dans ce dernier cas. L'expiration produit un bruit plus fort que l'inspiration, chez les individus qui ont des excavations profondes. Ce signe annonce qu'une caverne vide, existant au milieu d'un tissu crépitant, communique avec les bronches par une seule ouverture ou par un petit nombre.

La *pleurésie* peut être reconnue par les symptômes généraux et les signes que fournit la percussion qui donne un son mat dans toute l'étendue de l'inflammation, mais l'auscultation en fournit de bien plus certains pour reconnaître l'épanchement pleurétique et son abondance Ces signes sont une grande diminution, ou l'absence totale de la respiration, la disparition et le retour de *l'égophonie*. Si l'épanchement est prompt et abondant, la respiration cesse ou ne s'entend qu'à trois travers de doigts de la colonne vertébrale, et avec moins de force que du côté opposé. C'est un signe certain (s'il survient

après quelques heures de maladie), d'un épanchement abondant. Dans la péripneumonie, l'absence de la respiration est plus graduelle, plus inégale, et précédée du râle *crépitant*. Lorsque la cessation de la respiration est totale et absolue, c'est un mauvais signe; la pleurésie passera à l'état chronique. Chez les enfans et les individus bien constitués, cet accident a rarement lieu; la respiration continue à se faire entendre, quoique légèrement, mais mieux vers la racine du poumon. Le son reste mat, quand la respiration recommence à se faire entendre; elle est quelquefois *puérile* du côté sain, quand l'épanchement est peu considérable. L'ordre dans lequel la respiration recommence à se faire entendre, est celui-ci : la partie moyenne du dos, la partie antérieure et supérieure du thorax, le sommet de l'épaule, sous l'omoplate, le côté, et les parties inférieures, antérieure et postérieure. Cet ordre est quelquefois interverti par la présence des adhérences qui permettent à la respiration de se faire entendre pendant tout le cours de la maladie, dans les endroits correspondans.

Ces signes de résolution sont souvent très-lents dans leur apparition successive. Le côté affecté est ordinairement dilaté; cette dilatation disparaît aussi avec l'épanchement. Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit de l'égophonie, qui est un signe certain d'un épanchement moyen. Il est des pleurésies dans lesquelles le côté affecté ne redevient jamais sonore, quoique la maladie soit bien terminée

la poitrine est manifestement plus étroite de ce côté, les côtes sont plus rapprochées, et l'épaule est plus basse que celle du côté opposé. La respiration n'est pas sensiblement gênée. Cet état est dû à la formation d'une fausse membrane épaisse, couënneuse, qui enveloppe le poumon et l'empêche de se dilater, et finit par devenir fibro-cartilagineuse. Le son mat par la percussion et l'absence de respiration, partout ailleurs qu'à la racine du poumon, doit faire reconnaître cet état. Dans ce cas, le poumon ressemble parfaitement à la chair musculaire.

La gangrène de la plèvre est une maladie fort rare; l'auscultation ne saurait la faire reconnaitre. La *pleurésie circonscrite* pourrait être présumée par ce moyen, en y joignant sur-tout l'étude des symptômes généraux.

L'*hydrothorax idiopathique* est beaucoup plus rare qu'on ne croit. Elle n'existe ordinairement que d'un seul côté. Les signes sont les mêmes que pour la pleurésie. Les symptômes généraux et la marche de la maladie peuvent seuls la faire distinguer de la pleurésie chronique.

L'*hydrothorax symptomatique* est très-commune, et donne lieu à ces mêmes signes, qui ne se manifestent d'ailleurs que peu de temps avant la mort.

Des *productions accidentelles* de la plèvre peuvent déterminer un épanchement; le cylindre fera reconnaître l'épanchement séreux, mais non l'altération qui l'occasionne. On peut en dire autant de l'épanchement sanguin. Les corps solides développés

dans la plèvre pourraient être reconnus, à l'absence de la respiration survenue lentement, graduellement, et non subitement, comme dans la pleurésie et l'hydrothorax, à l'absence du *râle crépitant* qui caractérise la péripneumonie, et à la présence de la respiration à la racine du poumon.

Les *hernies intestinales diaphragmatiques* seraient fort aisées à reconnaître à l'absence de la respiration, au bruit des borborygmes. Celles du poumon à travers les muscles intercostaux pourraient aussi être reconnues au bruit occasionné par la pénétration et la sortie de l'air.

Les symptômes du *pneumo-thorax*, quelles que soient sa nature et sa cause, sont fort obscurs et peu connus. Le véritable signe de cette affection se trouve dans la comparaison des résultats obtenus par l'auscultation et la percussion. Lorsque la poitrine résonne mieux d'un côté que de l'autre, et que la respiration ne s'étend pas du côté sonore et s'étend bien de l'autre, il y a pneumo-thorax. La respiration se fait toujours entendre légèrement à la racine du poumon; ce phénomène sert à distinguer cette maladie de l'emphysême du poumon. Dans ce dernier, l'absence de la respiration n'est jamais aussi complète, elle s'étend d'une manière variable dans certains points, et s'accompagne d'un râle léger, qui n'a lieu que dans le pneumo-thorax. D'ailleurs, l'épanchement d'air dans la plèvre est promptement mortel; les progrès de l'emphysême sont fort lents.

EXPLORATION DU RALE. M. Laennec entend par

râle tous les bruits produits par le passage de l'air, à travers les liquides contenus dans les bronches ou le tissu pulmonaire; ils sont très-variés : on peut en distinguer quatre espèces principales; 1.o Le râle humide ou *crépitation*, 2.o le râle muqueux ou *gargouillement*, 3.o le râle sec sonore ou *ronflement*, 4.o le râle *sibilant* ou *sifflement*. Nous avons parlé du râle *crépitant* : on ne l'observe que dans la péripneumonie, l'œdème du poumon, et quelquefois dans l'hémopthysie. Le râle *muqueux* ou *gargouillement*, est le râle des mourans : c'est le seul qu'on puisse entendre à l'oreille nue; le cylindre le fait entendre dans quelque partie du poumon que ce soit. Le *râle sonore sec* ou *ronflement* consiste dans un son plus ou moins grave, et quelquefois extrêmement bruyant, qui ressemble au ronflement, au son d'une corde de basse, et quelquefois au roucoulement de la tourterelle; il est circonscrit, et n'a lieu que dans des fistules pulmonaires ou dans des tuyaux bronchiques dilatés. Sa cause est difficile à déterminer. *Le râle sibilant sec* ou *sifflement*, tantôt prolongé, aigu, grave, sourd ou sonore; tantôt de courte durée, ressemble aux cris des petits oiseaux, au cliquetis d'une petite soupape, etc., etc. : ces diverses espèces existent à la fois, ou se succèdent à divers intervalles. Il est dû à une mucosité peu abondante, mais très-visqueuse. Lorsque le cylindre est appliqué directement sur le point où le râle a lieu, une sorte de frémissement léger se communique à l'instrument. Ce frémissement ne se fait point sentir,

si le point où le râle existe est éloigné du stéthoscope. Le râle muqueux et le râle crépitant s'entendent moins loin que les deux autres. Le râle offre d'ailleurs une foule de variétés impossibles à décrire et que l'exercice apprendra. L'ouïe apprécie le volume des bulles d'air qui traversent les liquides contenus dans le poumon, et sous ce rapport le râle est *très-gros*, *gros*, *moyen*, *petit* ou *menu*; il est *abondant* ou *rare* selon la quantité des bulles, etc. Le râle muqueux est plus souvent gros, le râle crépitant menu.

L'œdème du poumon est une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré tel qu'elle diminue sa perméabilité à l'air: le poumon est d'un gris pâle, exsanguin, plus pesant, plus dense que dans l'état naturel, et ne s'affaisse pas; il est encore crépitant, conserve un peu l'impression du doigt; et si on l'incise, laisse écouler une *sérosité* abondante, presqu'incolore, légèrement fauve, transparente, à peine spumeuse. Les symptômes de cette maladie sont très-incertains. Par le cylindre la respiration est obscure et le râle crépitant se fait entendre comme dans le premier degré de la péripneumonie; pour distinguer ces deux affections, il faut donc le concours des symptômes généraux. La complication avec l'emphysème rend le diagnostic fort obscur, il en est de même de la péripneumonie.

L'apoplexie pulmonaire est très-commune, elle est le résultat d'une exhalation sanguine dans le parenchyme pulmonaire; son symptôme principal est l'hémoptysie, et ses caractères anatomiques sont un

endurcissement fortement hépatique, partiel, d'un à quatre pouces cubes, eirconserit, dur à sa eireonférence comme au eentre; la substance pulmonaire contiguë est pâle, saine et crépitante; la partie engorgée est d'un rouge foueé, noirâtre, d'une couleur tout-à-fait homogène, offrant des granulations plus forte que dans l'hépatisation, quelquefois le centre est ramollie et présente un caillot de sang pur. On rencontre quelquefois deux ou trois engorgemens semblables, sur le même sujet. La percussion ne peut pas faire distinguer toujours cette lésion, qui peut être profondément située; l'absence de la respiration et le *râle muqueux*, dont les bulles paraissent très-grosses, semblent se dilater en parcourant les bronches et se rompre par excès de distension, sont deux signes non équivoques que donne le stéthoscope.

Dans l'hémoptysie bronchique, le même râle existe, mais on entend la respiration par-tout.

Le râle fournit plusieurs signes dans la phthisie pulmonaire. Lorsqu'il existe une excavation ulcéreuse, encore remplie en partie de matière tuberculeuse ramollie et eommuniquant avee les bronches, il existe un râle muqueux qui ne s'entend que dans les points correspondaas de la poitrine. Ce signe prééède la pectoriloquie de plusieurs jours et même de plusieurs semaines. La toux produit le même phénomène, et lorsque la matière tuberculeuse est très-ramollie on entend la fluctuation et même une espèce de *tintement*. Daus quelques cas on entend un véri-

table *glouglou*, qui annonce des cavités anfractueuses, communiquant entre elles par des conduits plus longs que larges.

Le *catarrhe pulmonaire* peut être reconnu par les résultats de l'auscultation réunis à ceux de la percussion. Le râle est un des principaux signes de cette maladie; il est très-bruyant, même dès le principe. Il est sonore, grave, parfois sibilant. A mesure que la sécrétion bronchique devient plus abondante, le *gargouillement* ou *râle muqueux* se fait entendre, il diffère du râle des mourans en ce qu'il est un peu moins fort, et qu'il permet d'entendre la respiration. Le râle peut faire apprécier l'étendue de la partie affectée; en effet il est circonscrit, quand la maladie est partielle, et s'entend dans toute la poitrine si elle est générale. Ce dernier cas est fort rare. La respiration est suspendue dans le lieu affecté, ce qui est dû à l'obstruction des rameaux bronchiques par le mucus pulmonaire. Cet état n'est souvent que momentané. En percutant la poitrine elle résonne dans cet endroit: ce signe distingue ce cas de la péripneumonie; mais il est commun avec l'emphysème et le pneumo-thorax, les caractères de ce dernier ne peuvent donner lieu à aucune erreur. L'emphysème pourrait être confondu avec le catarrhe, n'était que c'est une maladie sans fièvre, peu grave et essentiellement chronique. Au reste, dans le catarrhe, la respiration n'est suspendue que pendant un temps fort court; lorsqu'elle paraît, elle est plus forte, quelquefois *puérile*. Ce qui s'entend sur tous les points

où la respiration peut être entendue, il existe dans des points divers différentes espèces de râle, sur-tout le râle muqueux. Dans l'emphysème, le râle est rare et faible, semblable au cliquetis d'une petite soupape; la suspension de la respiration est beaucoup plus longue; les points où elle ne s'entend pas sont plus étendus : la respiration est faible, là où on peut l'entendre.

Le *croup* et la *coqueluche* n'ont pas été observés par M. Laennec.

Le *catarrhe chronique* qui ressemble tant à la phthisie, peut être reconnu lorsqu'après avoir observé le malade pendant un certain temps, il ne présente ni la pectoriloquie, ni le gargouillement, ni l'absence constante de respiration, ni la respiration *trachéale*. Le catarrhe chronique peut être humide ou sec : le premier peut être muqueux; c'est-à-dire avec crachats épais et opaques; ou pituiteux avec crachats filans, incolores, transparens. Dans le *catarrhe muqueux*, le râle est muqueux et la respiration par fois *puérile*. Dans le *pituiteux*, le râle est sibilant ou sonore, et la respiration rarement *puérile*. Le catarrhe sec reconnaît les mêmes signes que l'emphysème du poumon, auquel il donne souvent naissance.

Le râle trachéal est celui qui se passe dans le larynx, la trachée artère et l'origine des troncs bronchiques. Il est le seul qu'on puisse entendre à l'oreille nue : à l'aide du cylindre, il prend presque toujours le caractère *muqueux*; quelquefois pour-

tant il est sonore, grave ; il fait d'ailleurs entendre des bruits variables, et un frémissement qui indique sa proximité ; quand il est fort il indique une hémoptysie grave, ou un paroxysme du catarrhe des vieillards. On l'observe chez les agonisans.

Le *tintement métallique* qui ressemble parfaitement au bruit que rend une coupe de métal, de verre, ou de porcelaine, que l'on frappe légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable, se fait entendre quand le malade respire, parle ou tousse. Il dépend toujours de la résonnance de l'air agité par la respiration, la toux ou la voix, à la surface d'un liquide qui partage avec lui la capacité d'une cavité contre-nature. Il ne peut existerque dans deux cas ; 1.º dans celui de la coexistence d'un épanchement séreux ou purulent dans la plèvre avec un pneumo-thorax ; 2.º lorsqu'une vaste excavation tuberculeuse est à demi-pleine d'un pus très-liquide.

La *fluctuation* qu'on obtient en imprimant une légère secousse à l'épaule d'un malade, indique l'existence simultanée d'un liquide et de l'air renfermés dans la plèvre.

Exploration de la circulation. Dans l'état naturel, le cœur produit à l'oreille une sensation telle par ses mouvemens, qu'il paraît évidemment correspondre à une petite étendue des parois de la poitrine, et ne guère dépasser le point sur lequel est appliqué l'instrument ; quelquefois il semble couvert en entier par le cylindre, et profondément situé

dans la cavité du médiastin, de manière à laisser un espace vide entre le sternum et lui. Dans quelques cas les battemens ne produisent aucun ébranlement. D'autres fois ils semblent s'étendre dans toute cette cavité ; et cette sensation plus ou moins forte semble indiquer un cœur plus ou moins volumineux. Dans l'état sain, les battemens ne se font entendre que dans la région précordiale ; les mouvemens des cavités gauches se font sentir sous les cartilages des 5.e et 7.e côtes gauches ; ceux des cavités droites, sous le sternum ; lorsque cet os est court, les pulsations s'entendent dans l'épigastre. Chez les sujets gras, l'espace où l'on peut entendre les battemens est moindre. Chez les individus maigres ils s'entendent quelquefois jusque sous la clavicule droite. Si les battemens du cœur acquièrent de l'étendue, on les entend, 1.o dans le côté gauche du thorax ; 2.o le côté droit ; 3.o la partie postérieure gauche ; 4.o la partie postérieure droite. L'hépatisation et les cavités ulcéreuses augmentent l'étendue des battemens du cœur. Ceux de l'aorte et de la sous-clavière ne sont sensibles que dans les cas d'anévrysme. L'étendue des battemens du cœur est en raison directe de la faiblesse et du peu d'épaisseur de ses parois, *et vice versâ*. Si les battemens ne s'entendent ni dans le dos, ni dans le côté droit, mais dans les autres points indiqués, les ventricules sont médiocrement *dilatés* : s'ils sont au contraire très-forts à la région précordiale et nuls ailleurs, et que les symptômes généraux indiquent une mala-

die du cœur, c'est une *hypertrophie* des ventricules.

Les pulsations du cœur font éprouver à l'oreille une sensation de choc, de soulèvement plus ou moins forte. On l'aperçoit par le cylindre quand la main ne sent rien. La force du choc est en raison inverse de l'étendue, et directe de l'épaisseur des ventricules; elle est peu marquée dans l'état naturel. Dans l'hypertrophie l'impulsion est assez forte pour soulever la tête de l'observateur, et produire un choc désagréable à l'oreille. Plus l'hypertrophie est considérable, plus ce mouvement est lent. La systole seule du ventricule le produit; quand celle des oreillettes y donne lieu, il est différent, il est plus profond, il consiste en une espèce de frémissement; le cœur semble s'éloigner de l'oreille. L'absence de l'impulsion indique la dilatation des ventricules. Le choc n'est sensible qu'à la région précordiale, excepté lorsque l'hypertrophie se joint à la dilatation: on le sent alors jusque sous la clavicule et le côté gauche du thorax; les battemens précipités du cœur donnent lieu à un coup sec, fort, dur et prompt; l'hypertrophie, à un soulèvement plus lent et plus gradué des parois du thorax.

Les contractions alternatives des diverses parties du cœur se font entendre distinctement par le cylindre. Dans l'état naturel ce bruit est double, et chaque battement du pouls correspond à deux sons successifs, l'un clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet, correspond à la systole

des oreillettes, l'autre plus sourd, plus prolongé, indique celle des ventricules. Dans l'état naturel le bruit est égal des deux côtés; dans quelques cas pathologiques, il devient tout-à-fait dissemblable. Dans la *dilatation* des ventricules, le bruit est aussi fort que celui des oreillettes, dont on a de la peine à le distinguer. Dans *l'hypertrophie*, le son se perçoit quelquefois dans le dos; à la région précondiale il est très-sourd et très-obscur. Une portion du poumon placée devant le péricarde rend aussi le bruit peu sensible; il en est de même des ramollissemens du cœur. Quand cet organe est rempli de sang, le cylindre ne rend plus qu'un bruissement sourd qui n'est pas sensible à la main; il peut ressembler à celui d'une lime que l'on fait agir sur du bois; quand il dépend d'un retrécissement de quelque orifice du cœur du côté gauche, il ressemble au murmure de satisfaction que font entendre les chats quand on leur passe la main sur le dos.

L'ordre, la succession, la durée, enfin le rapport respectif des contractions des diverses parties du cœur peuvent être appréciées par le cylindre. — La contraction des ventricules est isochrone aux battemens du pouls. Immédiatement après, un bruit plus éclatant annonce la contraction des oreillettes; il est plus court que celui des ventricules. Après la systole des oreillettes, il y a un repos fort court. Dans l'hypertrophie des ventricules, leur contraction est moins sonore, mais plus longue, plus facile à distinguer de celle des oreillettes. Le rhythme est

bien différent lorsque les parois sont amincies ; la contraction des ventricules est plus sonore, plus brève, et se distingue difficilement de celle des oreillettes : le choc est moindre et l'étendue plus grande. Les *palpitations*, les *intermittences* et les *irrégularités* du pouls sont des changemens dans le rhythme des mouvemens du cœur.

Quand les battemens du cœur sont sensibles et incommodes pour le malade, fréquens et quelquefois inégaux, ils constituent des *palpitations.*

Les *irrégularités* du pouls ont lieu lorsque l'intervalle des pulsations est variable. L'*intermittence* est la suspension subite et momentanée du pouls. D'après ce que nous venons de dire des mouvemens du cœur, il sera facile d'apprécier à quoi sont dues ces diverses modifications.

La force du pouls est un signe très-illusoire pour l'indication de la saignée. Celle des contractions des ventricules est plus positive ; c'est un des plus grands avantages du cylindre, de faire apprécier au juste cette force.

D'après ce que nous avons dit, un lecteur attentif pourra juger quelle est la partie du cœur qui est affectée et quelle est l'espèce de l'affection. Les signes que les diverses combinaisons des altérations du cœur donnent par le stéthoscope, sont très-incertains, ainsi que ceux que pourraient fournir l'endurcissement ou le ramollissement de ce viscère ; l'atrophie, la dégénérescence graisseuse, cartilagineuse, osseuse du cœur, peuvent être tout au plus

soupçonnées, ainsi que la cardite et les ulcères de cet organe. L'endurcissement cartilagineux et osseux des valvules peut être reconnu. Celui de la valvule mitrale donne un bruit sourd, prolongé, tel que celui de la *lime*, lequel succède à la contraction de l'oreillette. Celui des valvules aortiques est de même nature et succède à la contraction des ventricules. Les mêmes signes doivent exister pour le côté droit, et être plus sensibles sous le sternum. Les productions accidentelles, developpées dans le cœur, les communications contre nature de ses cavités, ne donnent de leur présence que des signes plus ou moins probables. Le déplacement du cœur, s'il était considérable, pourrait être reconnu facilement. Il n'en est pas de même pour la péricardite aiguë dont les signes sont fort obscurs, et surtout pour la péricardite chronique. L'hydropéricarde n'a pas été observée à l'aide du cylindre.

L'anévrysme de l'aorte n'ayant pas été suffisamment observé par M. Laennec, il ne peut dire quels seraient au juste les signes que donnerait cette maladie, par l'auscultation médiate. Des battemens *simples*, c'est-à-dire sans contraction des oreillettes, isochrones à ceux du pouls, une *impulsion* forte hors la région précordiale, sur le trajet de l'aorte, rendront très-vraisemblable l'existence de son anévrysme. Celui de l'aorte ventrale est plus facile à reconnaître : ses battemens sont simples, le bruit qu'il produit est plus fort que celui des oreillettes, il est clair et sonore, les dimensions de l'artère paraissent évidemment augmentées.

Tels sont les signes que M. Laennec dit avoir obtenu par le nouveau moyen d'exploration. Nous avons voulu mettre les médecins à portée de les apprécier eux-mêmes, en les vérifiant sur leurs malades, et leur éviter la peine de lire deux forts volumes, lecture dont leurs occupations ne leur laissent pas le loisir. Nous avons cherché à ne rien omettre d'important, et d'être clairs en même temps que concis, c'est le seul mérite que puisse avoir un pareil travail, plus fastidieux que difficile. Cet article pourra servir de *Manuel d'auscultation médiate*. Nous examinerons plus tard l'utilité réelle de ce moyen, sur laquelle on ne peut donner son avis, qu'après avoir répété toutes les observations de l'auteur, dont nous ferons connaître aussi les travaux d'anatomie pathologique et les opinions particulières.

RECHERCHES

SUR LES CAUSES ET L'ANATOMIE DES HERNIES ABDOMINALES ;

Thèse soutenue publiquement dans l'Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le avril 1819, en présence des juges du concours, pour la place de chef des travaux anatomiques dans la même Faculté, par JULES CLOQUET, *docteur en médecine, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, ex-chirurgien interne des hôpitaux civils de la même ville, membre-correspondant*

de l'Académie des Sciences naturelles de Philadelphie; avec cette épigraphe :

« Les lésions physiques étant les plus simples, si l'on » veut suivre la méthode analytique, et s'élever du » simple au composé, c'est par elles que l'on doit » commencer l'étude de la pathologie, afin que la » connaissance de cette classe de dérangemens conduise à celle des autres altérations, et la rende » plus facile. »

Richerand, *Nosograph. Chirurg.*, tome I.er, p. cxxxi.

L'Auteur, dans son avant propos, nous apprend qu'il a eu pour but d'examiner dans le présent mémoire, 1.o les causes et le mécanisme de la formation des hernies; 2.o le sac herniaire dans ses différens états; 3.o les divers modes de réduction dont les hernies sont en général susceptibles, et quelques-uns des moyens que la nature peut employer pour leur guérison; 4.o les principales maladies du sac herniaire. Il doit faire connaître à une autre époque ce qui est relatif à l'histoire des parties qui environnent le sac et de celles qui s'y trouvent contenues; enfin son travail doit être terminé, ainsi qu'il nous l'a annoncé dans la séance d'argumentation du concours, par l'exposé exact de l'anatomie de chaque espèce de hernie en particulier. Si l'auteur, et nous aimons à le croire, remplit les engagemens qu'il a contractés publiquement avec les personnes qui s'intéressent à l'accroissement de la science, son traité anatomique des hernies, composé de ses divers mémoires, sera l'ou-

vrage le plus complet que nous possédions sur cette partie de la pathologie, et les nombreuses applications qu'on en pourra faire à la pratique, en feront chaque jour ressortir l'utilité; mais voyons comment M. J. Cloquet a rempli la tâche qu'il s'était imposée, et suivons-le dans l'exposition de son sujet.

CHAP. I.er *Causes des hernies.* — Ce sont les causes nombreuses, qui augmentent la pression des viscères, ou diminuent la résistance des parois abdominales. Après leur indication, l'auteur expose le mécanisme d'action et de réaction continuelles des parois de l'abdomen et des viscères contenus dans cette cavité, apprécie avec justesse et sous de nouveaux rapports, l'effet des gaz intestinaux, et indique toutes les circonstances où agissent les causes qu'il a indiquées. A l'occasion de la résistance, pour ainsi dire passive, de la paroi postérieure du ventre dans les efforts, il rapporte une observation curieuse de hernie lombaire. C'est le seul exemple bien avéré de cette espèce de maladie, et il est d'autant plus précieux, que l'auteur a pu depuis s'assurer par la dissection de la disposition des parties.

En parlant de la faiblesse relative des ouvertures abdominales, M. J. Cloquet remarque avec justesse que l'obliquité de quelques canaux des parois du ventre est un obstacle à la production des hernies. L'obliquité doit en effet offrir ici un mécanisme analogue à celui des uretères dans les parois de la ves-

sie, lorsqu'on presse cet organe pour faire refluer l'urine vers les reins.

L'auteur arrive bientôt à l'exposition des changemens de forme et de dimension que peut éprouver la capacité de l'abdomen pendant les divers efforts, au mécanisme de réaction qu'offre sans cesse le plancher musculaire et fibreux du bassin. Ce qu'il est sur-tout essentiel de remarquer dans ce diaphragme fibreux du bassin, que M. J. Cloquet a décrit le premier avec soin dans sa dissertation inaugurale, sous le nom d'*aponévrose pelvienne*, c'est la minceur et la faiblesse qu'il offre en arrière près du muscle ischio-coccigien, et au contraire son épaisseur et sa force en bas et en devant; sa direction en haut et en arrière, l'inclinaison du bassin; enfin le poids des viscères abdominaux qui, par une concordance admirable, appuient à la fois dans l'endroit le plus épais, le plus déclive de l'aponévrose pelvienne et sur le segment antérieur de l'enceinte osssseuse du bassin.

L'auteur passe ensuite aux causes prédisposantes qui consistent principalement dans le défaut de résistance des parois de l'abdomen, dans la faiblesse des ouvertures aponévrotiques, etc. Il rapporte en note deux tableaux comparatifs des hernies inguinales et crurales dans les deux sexes, des côtés droit et gauche, l'un tiré des observations de la société des Bandagistes herniaires de Londres, l'autre des siennes propres.

Les résultats qu'a obtenus l'auteur dans ses nombreuses recherches anatomiques, sont trop intéres-

sans pour ne pas trouver leur place ici. Sur quatre cent cinquante sept cas de hernie, il a trouvé,

Hernies.......457	Inguinales. 289	Externes. 203	Hommes. 173	Côté droit...94
				Côté gauche. 79
			Femmes.. 30	Côté droit...11
				Côté gauche. 19
		Internes..86	Hommes. 74	Côté droit ..39
				Côté gauche. 35
			Femmes.. 12	Côté droit... 8
				Côté gauche. 4
	Crurales.................34		Hommes. 55	Côté droit...33
				Côté gauche. 22
			Femmes.. 79	Côté droit...54
				Côté gauche. 25
	Ombilicales et de la ligne blanche...............24		Hommes. 3	
			Femmes.. 21	
	Sous-pubiennes...........10		Hommes. 2	Côté droit... 2
				Côté gauche. 0
			Femmes.. 8	Côté droit... 5
				Côté gauche. 3
	Ainsi sur le nombre de 457, il y a......................		Hommes. 307	Côté droit..246
			Femmes.. 150	Côté gauche. 187
				Ligne médiane....... 24

L'auteur cherche la cause de la plus grande fréquence des hernies du côté droit; d'après des recherches dont il rend compte, il ne peut la trouver dans la faiblesse relative des ouvertures aponévrotiques de l'abdomen de l'un et l'autre côté. « Si on examine attentivement, dit-il, chez les personnes qui ont les anneaux faibles, ou qui sont attaquées de doubles hernies inguinales commençantes, ce qui se passe pendant les efforts qu'elles font pour soulever un poids considérable avec les membres supérieurs; on voit évidemment : 1.o que les deux anneaux ou les deux tumeurs herniaires reçoivent une égale impulsion de la part des viscères, quand

les deux mains sont employées à soulever le corps pesant, le tronc étant directement fléchi en avant; 2.o que l'anneau droit éprouve une plus forte impulsion, si le poids est soulevé avec le bras correspondant, le tronc étant incliné à gauche; 3.o qu'un effet opposé a lieu dans le cas contraire. » Partant de ces faits intéressans, M. Cloquet a trouvé la cause de ces différences, et par conséquent celle de la plus grande fréquence des hernies du côté droit, dans la forme que prend l'abdomen, et dans la direction suivant laquelle ses muscles se contractent dans ces trois cas; on lira avec intérêt les détails dans lesquels entre M. J. Cloquet sur le mécanisme et les mouvemens des parois de la cavité abdominale dans les différentes positions du corps, sur la différence de situation, de volume, de poids des testicules et des cordons de l'un et l'autre côté; ils sont exposés avec clarté et dénotent un anatomiste exercé, un exact observateur en physiologie.

CHAP. II. *Considérations générales sur le sac herniaire.* Ordinairement les hernies ont un sac fourni par le péritoine; rarement elles sont akystiques.

Pour ne rien omettre dans l'histoire importante du sac herniaire, l'auteur se propose, 1.o d'examiner son origine, le mécanisme de sa formation, son développement, ses principales variétés de forme, de grandeur, de structure, etc; 2.o de voir ce qu'il devient quand les causes qui l'ont produit cessent d'agir, ou même lorsque d'autres causes

exercent une action en sens opposé, comme le bandage, le taxis; 3.o d'étudier les altérations nombreuses qu'il présente.

Production accidentelle, et pour ainsi dire éphémère dans quelques cas, le sac herniaire n'est dans d'autres circonstances qu'une variété anatomique, et peut durer autant que la vie. Souvent il est possible de suivre pas à pas son origine et son accroissement successif, a peu près de la même manière qu'on peut étudier le développement d'un organe.

L'histoire du sac comprend une longue série de faits qu'embrassent les paragraphes suivans :

§. I. *De la formation du sac herniaire.* — On voit d'après les expériences de l'auteur contenues dans ce paragraphe, comment le péritoine peut se prêter à la formation du sac par *locomotion* et *distension* tout à la fois, ou plus spécialement par l'un ou l'autre de ces modes. Passant aux causes propres à distendre le péritoine, l'auteur donne un exemple intéressant de sac herniaire produit par la sérosité contenue dans la cavité abdominale; bientôt il en vient aux causes qui agissant de dehors en dedans produisent une hernie par la traction qu'elles exercent sur le péritoine à sa surface externe. Après les avoir exposées, il cite à l'appui des exemples, fournit des observations curieuses : entre autres, nous avons remarqué celle d'un testicule retenu dans l'abdomen et en partie décomposé; un autre cas dans lequel cet organe était resté dans le canal inguinal, tandis qu'un sac herniaire formé par le

péritoine qu'avait entraîné le *gubernaculum testis* était en remplacement de la tunique vaginale. Plus bas, M. J. Cloquet offre aussi un exemple remarquable de l'entraînement du péritoine dans le canal crural par un amas de vésicules adipeuses. L'auteur termine ce paragraphe par l'exposition des divers degrés d'accroissement que le sac peut éprouver selon la force et la fréquence des pressions auxquelles il est soumis, selon les résistances qu'il éprouve, selon sa déclivité, la laxité et l'extensibilité de l'ouverture qui lui donne issue, suivant les adhérences et la laxité du péritoine. A l'occasion de l'influence de la déclivité sur la production des hernies, M. Cloquet remarque avec raison « que chez les quadrupèdes, malgré la communication de la cavité de la tunique vaginale avec celle du péritoine, les hernies inguinales sont plus rares que celles de l'ombilic, parce que l'aîne n'est pas chez eux la région du ventre la plus déclive. »

§. II. *Du sac herniaire considéré dans ses diverses parties.* — L'auteur développe le résultat de ses observations nombreuses sur l'orifice et le collet du sac, fait une foule de remarques neuves et curieuses sur la guérison des hernies, sur les cicatrices des ouvertures des sacs, qu'il signale le premier d'une manière spéciale, et qu'il appelle *stygmates des sacs herniaires*, sur les causes de la forme, de la direction, de l'épaississement irrégulier du collet. Je pense comme M. Cloquet, que tous les faits énoncés dans ce chapitre sont utiles à connaître exactement « pour apprécier leur influence dans certains cas

d'étranglement, pour se rendre compte de l'accroissement des sacs herniaires, de leur mode de réduction et de plusieurs particularités relatives à leur histoire anatomique. »

L'auteur continue l'histoire du collet du sac, indique la nature de ses adhérences partielles ou complètes avec l'ouverture aponévrotique des parois du ventre, parle des hernies akystiques (vésicales, cœcales, etc.) opérées par cet orifice sans que le péritoine soit déplacé, remarque avec raison que « le degré et le genre d'adhérence du collet à l'anneau ont la plus grande influence sur le mode de réduction des sacs, sur la formation de leurs cellules, etc. » Il rapporte en note un cas remarquable d'étranglement au-delà de l'ouverture des parois du ventre produit par le *septum crural*, sorte de cloison fibro-celluleuse qui ferme l'orifice supérieur du canal crural, et dont l'auteur nous paraît avoir donné la première description dans sa thèse inaugurale. Enfin il termine ce chapitre par l'indication du corps et du fonds du sac, dont il renvoie ailleurs l'histoire.

§. III. *Du sac herniaire considéré dans son ensemble.* L'auteur rapporte toutes les formes des sacs herniaires *à la sphéroïde*, *à la cylindroïde*, *à la conoïde et à la pyriforme*, comme à des types primitifs. On lira avec intérêt l'explication entièrement mécanique et tout-à-fait d'accord avec l'observation, qu'il donne de la cause de ces variétés de forme de l'enveloppe péritonéale des hernies; « j'ai observé, dit-il, décrit et dessiné

toutes ces variétés de forme que le sac herniaire m'a présentées ; j'ai cru devoir donner, du mécanisme de leur formation, l'explication qui m'a paru la plus probable et la plus conforme aux notions que nous avons acquises sur le développement des hernies : cependant je n'attache pas à cette explication plus d'importance qu'elle ne mérite.»

Après la description de l'organisation du sac suit l'explication des divers modes de son *amincissement.* Il en rapporte un exemple intéressant dans sa vingt-unième observation. Il en vient enfin à *l'épaississement* de ce même sac dont il indique plusieurs variétés.

§. IV. *De l'accroissement ultérieur du sac herniaire.* — L'auteur en reconnaît trois ordres de causes : les efforts, le poids des viscères, la traction du péritoine par des parties qui lui adhèrent en dehors ; enfin il explique d'une manière qui nous a paru satisfaisante la formation des sacs bosselés.

§. V. *Des sacs à plusieurs collets.* — L'auteur expose ici en détail le mécanisme de leur formation, cite plusieurs exemples intéressans et variés de sacs à plusieurs collets réguliers et irréguliers, formant une cloison large ou étroite, une cloison percée seulement dans son centre, ou sémilunaire, une cloison entière, etc.

1.° *Sacs à plusieurs cavités situées les unes dessus les autres.* L'auteur expose le mécanisme de leur formation, celui de la séparation et de la transformation d'une portion du sac en un kyste. Il rapproche avec

raison de ce phénomène le changement d'une hernie congéniale en inguinale ordinaire, et rapporte à l'appui des propositions qu'il avance plusieurs observations curieuses, entre-autres les trente-unième, trente-deuxième et trente-huitième.

2.o *Sacs à deux ou plusieurs cavités latérales.* L'auteur en expose le mécanisme, et parle des variétés nombreuses que ces sacs peuvent présenter. Parmi les observations multipliées à l'appui de cet article, les trente-neuf, quarante-deux et quarante-sixième me paraissent sur-tout remarquables.

3.o *Des sacs à appendices renversés.*—L'auteur n'en à encore observé que trois exemples dans des cas de hernies inguinales; voici leur disposition : au fond et à la partie postérieure du sac, on voit une ouverture garnie d'un collet fibreux; elle conduit dans une appendice ou cavité séreuse vide.... qui remonte verticalement à la partie postérieure du sac.... Le fond de cette cavité qui en forme la partie la plus élevée adhère très-intimement à la face antérieure des vaisseaux testiculaires à une distance variable de l'anneau ». L'explication quel'auteur donne du mécanisme de leur formation nous paraît très-probable, et entièrement conforme aux principes qu'il a posés sur les dérangemens des organes dans les hernies.

CHAP. III. *De la marche rétrograde ou de la rétrocession des sacs herniaires.* — Dans ce chapitre l'auteur considère isolément ce qui est relatif à la réduction des hernies, et les phénomènes de l'atrophie du sac herniaire.

§. I.er *De la réduction du sac herniaire.* — L'auteur développe avec clarté le mécanisme d'un premier mode de réduction qu'il nomme spontanée, et qui a lieu par la contractilité de tissu ou rétraction lente du péritoine; il marque et en explique les différences, rapporte à l'appui deux observations curieuses, parle des poches celluleuses qui entourent le sac péritonéal, et restent pendantes hors de l'anneau après la réduction du sac; il fournit deux exemples de ce cas; enfin, il indique les circonstances dans lesquelles les phénomènes de la rétraction du sac peuvent avoir lieu, et celles dans lesquelles ils sont impossibles.

Il expose ensuite un deuxième mode de réduction du sac qui a lieu par la rétraction lente et insensible du tissu cellulaire extérieur au sac, et en cite deux exemples. Un troisième mode de réduction a lieu par la traction qu'éprouve le péritoine du côté de l'abdomen, par la distension de la vessie ou de l'utérus, par les adhérences de l'intestin ou de l'épiploon au sac, par l'accumulation de la graisse sous le péritoine, par la formation d'un sac voisin.

Les soixante-troisième, soixante-quatrième observations sont des exemples fort curieux de la réduction du sac par le développement de la vessie et de l'utérus; la soixante-sixième est très-remarquable à la fois par la disposition de deux sacs et des vaisseaux.

Enfin, l'auteur indique un quatrième mode de réduction spontanée, produit par la contraction du crémaster.

Des phénomènes qui accompagnent la réduction des hernies. — Pour connaître exactement les divers phénomènes qui accompagnent la réduction des hernies par le taxis, l'auteur a pratiqué cette opération sur le cadavre dans plus de deux cents cas de hernies. Il a étudié et noté à mesure les principaux modes de réduction dont sont susceptibles les parties contenues et le sac lui-même; il a cherché à connaître les circonstances qui favorisent plutôt telle espèce de réduction que telle autre, ou bien qui s'y opposent et la rendent impossible; enfin il a décrit et dessiné les hernies qu'il a trouvées toutes réduites.

En faisant le taxis, suivant les règles tracées par les praticiens, il a pris note de l'influence qu'avait telle ou telle manière d'opérer sur les différentes espèces de hernies, et s'est proposé dans cet article de faire connaître seulement les résultats généraux qu'il a obtenus.

On trouve dans ses observations des remarques judicieuses sur les différences des phénomènes relatifs aux diverses espèces d'hernies; sur la réduction des hernies globuleuses, cylindroïdes, coniques, sur la source d'un gargouillement trompeur sur le cadavre (Obs 67), sur la réduction de l'intestin rempli de gaz ou de liquide, sur la rentrée de l'intestin et de l'épiplon dans l'entéro-épiplocèle, sur les obstacles qu'apportent à la réduction les collets circulaires, les rétrécissemens de l'intestin ou de l'épiploon produits par le collet du sac ou l'ouverture des parois abdominales.

De la sérosité contenue dans le sac herniaire sous le rapport de la réduction. — L'auteur passe en revue les divers effets que produit dans la réduction la sérosité contenue dans le sac, selon qu'elle est plus ou moins abondante, que le collet du sac est libre ou rétréci, que le sac contient ou ne contient pas une portion d'épiploon et d'intestin, etc. Parmi les observations curieuses dont il a enrichi cet article, on lit sur-tout avec intérêt les soixante-quatorzième et soixante-quinzième.

Des adhérences des hernies relativement à la réduction. — Quand les adhérences compliquent une hernie, elles s'opposent ordinairement à sa réduction ou bien la rendent très difficile. L'auteur examine les différences qui, dans la réduction, résultent des divers modes d'adhérence, donne des détails curieux sur l'intus-susception intestinale dans le cas d'adhérences de l'intestin et du col; sur la rétroversion ou l'*inversion* du sac dans le cas d'adhérences de son fond avec les parties herniées, sur l'impossibilité, dans ce cas, de la reproduction de la hernie au bout d'un certain temps, à cause des adhérences du tissu cellulaire sous-péritonéal du sac, de l'accumulation de la graisse dans ce sac retourné; il indique les caractères qui peuvent faire distinguer ces sacs renversés d'avec les tumeurs graisseuses digitées, proéminentes dans l'abdomen.

M. Cloquet n'a observé l'inversion ou la rétroversion du sac que dans quelques hernies crurales ou inguinales internes. Dans les inguinales externes,

elle est plus difficile et quelquefois impossible par les adhérences du cordon testiculaire chez l'homme, et toujours impossible chez la femme, vu les adhérences du sac avec le ligament rond de l'utérus. Ce passage est un de ceux qui nous ont paru les plus intéressans.

Quoique ordinairement, dans ce cas, le sac péritonéal seul rentre dans l'abdomen par *rétroversion*; quelquefois ses enveloppes y rentrent aussi en partie. M. Cloquet vit même, dans un cas, la peau de l'aine former une large excavation par son renversement du côté de l'abdomen. Cet article, qui contient une foule de faits nouveaux et présentés avec beaucoup de clarté, peut donner une idée de l'énorme quantité de hernies que l'auteur a examinées et du soin qu'il a mis dans ses investigations anatomiques; il est terminé par des remarques sur la réduction des hernies qui présentent ce que Scarpa apppelle des *adhérences naturelles*. Parmi les observations qui l'accompagnent, les quatre-vingtième, quatre-vingt-unième, quatre-vingt-troisième, et la note deux de la page 102 méritent sur-tout attention.

De la réduction en bloc de la hernie. — Elle arrive sur-tout lorsque l'ouverture des parois du ventre est large et forme un canal peu étendu, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, ou qu'au moins les adhérences sont très-faibles entre cette ouverture et le collet du sac, lorsque les parties déplacées adhèrent entre elles et avec le sac; enfin lors-

que le collet du sac est étroit. L'auteur en expose le mécanisme d'une manière claire et précise. Parmi les observations de cet article, les quatre-vingt-douzième, quatre-vingt-quatorzième, quatre-vingt-seizième sont sur-tout intéressantes.

CHAP. VII. *De l'oblitération et de l'atrophie du sac herniaire.* — Si les parties contenues dans une hernie sont replacées et maintenues dans leur situation naturelle, le sac herniaire étant vuide, se réduit peu à peu et s'efface, ou il reste en dehors et s'atrophie comme un organe condamné à l'inaction; il présente, sous ce dernier rapport, la plus grande analogie avec le prolongement du péritoine qui est entraîné, chez le fœtus mâle, pour former la tunique vaginale; comme ce prolongement, le sac herniaire tend sans cesse à se rétrécir, à s'isoler du péritoine.

Le resserrement du sac herniaire commence ordinairement vers le collet; dans d'autres cas c'est d'abord par la partie moyenne, ou dans différens points de son étendue à la fois.

1.º *Resserrement et oblitération du collet du sac.* D'après un très-grand nombre de faits, M. Cloquet croit pouvoir établir que ce resserrement a lieu avec plus de facilité, quand le sac a un col étroit et peu adhérent au pourtour de l'anneau aponévrotique.

En se resserrant, l'ouverture du sac herniaire se fronce, se plisse, finit par s'oblitérer; les plis qui se forment alors sont rayonnés, plus ou moins marqués, de longueur inégale, et vont, en divergeant,

se perdre sur le péritoine voisin de l'ouverture du sac, et se distinguent de cette membrane par leur couleur blanchâtre opaque. Par leur ensemble, ils représentent assez bien des cicatrices ridées, à plis rayonnans. Ces marques, que présente le péritoine au niveau des ouvertures aponévrotiques, sont des indices certains de l'oblitération du sac herniaire qu'on retrouve toujours pendant au-dehors de la membrane séreuse. M. J. Cloquet, pour les distinguer des véritables cicatrices, leur a donné le nom de *stygmates du sac herniaire*; il indique, dans une foule de détails curieux, toutes les variétés que présentent ces cicatrices. A l'endroit de ces stygmates, le péritoine présente souvent un épaississement partiel sous la forme d'une plaque fibro-cartilagineuse, opaque, blanchâtre, arrondie ou irrégulière, et de la circonférence de laquelle les plis partent en divergeant; d'autres fois le péritoine n'a pas une épaisseur plus grande vers ces rides, qui peuvent partir aussi d'une ligne moyenne droite ou flexueuse, de longueur variable, etc.

Les plis des stygmates ont depuis une jusqu'à sept ou huit lignes de longueur; ils sont blancs, opaques, en conservant la transparence du péritoine; toujours simples à leur origine, ils se bifurquent souvent, et même se divisent davantage et se terminent par trois ou quatre plis secondaires plus petits; souvent on trouve entr'eux de petits culs-de-sac fort étroits, dans lesquels on peut introduire l'extrémité d'un stylet; d'autres fois ce sont de petits

pertuis très-étroits, sinueux, qui font communiquer la cavité demi-oblitérée du sac avec celle du péritoine. Il arrive, dans quelques cas, que les stygmates s'effacent complètement, et que l'on ne retrouve plus du côté du péritoine aucun indice de l'existence d'un sac herniaire oblitéré. Dans ce cas, le sac se ferme et se sépare du péritoine, absolument comme la tunique vaginale s'est détachée de cette membrane séreuse, etc. Les adhérences qui s'établissent entre les divers points de l'orifice du sac, pour former les stygmates, ont lieu dans la plupart des cas sans inflammation préalable, et sans la formation de membranes accidentelles.

Le sac herniaire séparé de la cavité du péritoine par l'oblitération de son col, représente une poche sans ouverture; c'est un véritable kyste séreux dont l'étendue, la forme, l'épaisseur, varient beaucoup, et dans lequel on retrouve les collets, le diaphragme, les éraillures, les membranes accidentelles que l'on observe dans les sacs avant leur séparation du péritoine.

Le sac herniaire oblitéré et changé en kyste étant examiné par sa face interne, présente presque toujours à sa partie supérieure des stygmates qu'on pourrait appeler *inférieurs*, par opposition à ceux qu'offre le péritoine du côté de l'abdomen, et qui sont *supérieurs* aux précédens, etc., etc. La plupart des nombreuses observations qui accompagnent cet article offrent le plus grand intérêt.

2.° *Du resserrement et de l'atrophie du corps*

du sac, des adhérences spontanées qui en sont la suite. La diminution de volume d'un sac herniaire, son atrophie, arrive le plus souvent lorsque son col est déja oblitéré, et que sa cavité ne communique plus avec celle du péritoine. Si le sac herniaire fermé à son col, adhère peu aux parties voisines, il se contracte dans tous les sens, se raccourcit et se rétrécit tout à-la-fois, remonte vers l'abdomen, et finit par s'appliquer immédiatement derrière les stygmates de son col oblitéré; il se réduit dans l'abdomen en se plaçant entre l'anneau et le péritoine, ou bien il reste au-dessous de cette cavité sous la forme d'une petite cavité kystique, séreuse. Si le sac, au contraire, adhère fortement par sa face externe aux parties voisines, il se resserre sur-tout suivant sa largeur, et cela dans toute son étendue à la fois.

La surface interne d'un sac séparé du péritoine est d'abord parfaitement lisse et humectée par de la sérosité; mais elle peut devenir de plus en plus sèche; avec le liquide séreux, elle perd l'aspect pôli et brillant qu'elle présentait; elle devient mate, terne; les parois du sac n'étant plus lubréfiées par l'humeur séreuse, sont en contact immédiat les unes avec les autres; elles se réunissent comme le collet, et finissent par adhérer ensemble sans inflammation préalable, et sans qu'il se forme de fausses membranes. Ces adhérences, faciles à détruire dans le commencement de leur formation, deviennent de plus en plus intimes; elles commencent par divers

points du sac à-la-fois, ou bien par un seul, et delà s'étendent de proche en proche, etc. Elles sont de même nature que celles qui constituent les *stygmates* après l'oblitération du collet d'un sac; elles se font par affrontement exact des parois d'un sac, par l'absorption de la sérosité, par dessèchement. C'est une véritable transformation d'une membrane séreuse en tissu cellulaire. M. J. Cloquet donne, sur le mode de ces transformations, des détails très-étendus, et dont la valeur sera sentie sur-tout par les personnes qui s'occupent d'anatomie pathologique. Nous engageons nos lecteurs à lire et méditer la note de la page 132.

CHAP. IV. *De quelques-unes des altérations du sac herniaire.* — L'auteur décrit seulement celles qu'il a eu occasion d'observer; ce sont *les plaies*, *l'inflammation du sac*, suite de l'étranglement, soit par l'anneau, soit par le col du sac, les fausses membranes produisant des adhérences entre les parties contenantes et les parties contenues, les transformations fibreuses, cartilagineuses, fibro-cartilagineuses et osseuses. Il remarque avec soin que les dégénérations cartilagineuses diffèrent des cartilages par leur disposition lamelleuse, rapproche ingénieusement la production des concrétions cartilagineuses devenues libres et flottantes dans la cavité de la tunique vaginale ou du péritoine, de la formation des perles sécrétées et détachées de la surface interne de la coquille de certains mollusques testacés. Il ne manque pas non plus de remarquer que les dégénérations dites osseuses diffèrent beaucoup du tissu osseux proprement dit, et se dissolvent à

peu près complètement dans l'acide muriatique (hydrochlorique), sans laisser de parenchyme gélatineux.

Enfin il passe aux taches noires qu'il a si souvent observées à la surface interne des sacs herniaires (à-peu-près une fois sur quinze ou vingt). Il se borne à les décrire avec soin sans en expliquer la nature. Il les a observées aussi sur la tunique vaginale, sur les intestins, sur le péritoine des parois abdominales, sur les membranes muqueuses, etc. Quelquefois enfin il a distingué la matière noire déposée dans les aréoles des membranes accidentelles des sacs herniaires. L'auteur a toujours soin d'apporter en preuve de ces diverses altérations, une foule d'observations curieuses et bien faites. Il fait à ce sujet une remarque qui intéresse sur-tout les praticiens; il les met en garde contre ces altérations particulières du péritoine qu'on pourrait prendre pour des taches de gangrène.

M. Cloquet a lithographié lui-même, avec la plus scrupuleuse exactitude, les cas qu'il a cru nécessaire de représenter pour l'intelligence du texte. Les planches qu'il a faites sont au nombre de dix et contiennent soixante-dix-huit figures. Ces planches, quoique faites à la hâte, sont très-bien senties, et nous ont été très-utiles pour suivre la description de l'immense quantité de faits d'anatomie pathologique que renferment les observations annexées à cette thèse, et dont le nombre s'élève à cent trente-six.

G.......

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

JOURNAL

DE MÉDECINE, CHIRURGIE,

PHARMACIE, etc.

NOVEMBRE 1819.

CAS PATHOLOGIQUE REMARQUABLE (1),

PRÉCÉDÉ DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Si, comme on n'en peut douter, la première de toutes les indications est de ne pas nuire (2), la plus nécessaire de toutes les connaissances est celle de la maladie qu'on a à combattre. Cette vérité qui, au premier aspect, pourrait paraître triviale, tant

(1) Nous ne déterminons pas le genre de l'altération, pour laisser au lecteur le soin de caractériser lui-même la maladie, en lisant l'observation. Notre intention est de lui inspirer le genre d'intérêt que nous avons éprouvé nous-mêmes à l'ouverture du corps, et avant cette ouverture. Les notes sur la maladie ont été recueillies par M. Bardin, élève interne fort intelligent, attaché à la Salpétrière.

(2) *Chomel*, Elémens de Pathologie générale.

elle est incontestable, mérite cependant quelques développemens.

On peut nuire en agissant, comme on peut nuire en ne faisant rien. On nuit, en traitant d'une manière active, par des médicamens d'une vertu fortement prononcée, une maladie qu'on ne connaît pas. On nuit, en faisant une médecine expectante dans une affection susceptible de guérison, et qu'on laisse marcher faute de la connaître. Beaucoup de médecins croient avoir mis leur responsabilité à couvert, lorsque voyant périr un de leurs malades, ils peuvent dire, *au moins je ne lui ai pas fait de mal, je ne lui ai rien donné;* comme si ce n'était pas être essentiellement nuisible que de laisser mourir un malade qu'on aurait pu guérir. Ou bien encore lorsqu'ils peuvent dire : « Il est vrai que nous ne connaissions pas la maladie, mais s'il est mort, ce n'est pas faute de remèdes, on a donné tous ceux qu'on pouvait administrer. » Ils ne pensent pas que des médicamens prescrits de la sorte offrent mille chances funestes pour une favorable : et cependant combien ne voit-on pas de médecins qui passent pour des plus recommandables, tenir tous les jours une pareille conduite?

Ces réflexions nous ont naturellement conduit à chercher quelle est la connaissance la plus importante que doive posséder le médecin pour ne pas nuire d'abord ; en second lieu, pour être utile. Sera-ce la connaissance des causes prédisposantes, ou celle des causes déterminantes? Mais l'utilité de

la connaissance des premières se borne à quelques modifications de traitement, et à prévenir par des précautions convenables, le retour de la même maladie, sans constituer la connaissance de la maladie.

La connaissance des secondes fournit à la vérité des indications plus précieuses ; en voici un exemple qu'on nous permettra de citer : Une femme de 40 ans était au moment de ses règles ; une voiture, roulant rapidement, se dirige vers elle, les règles se suppriment par l'effet de la frayeur, elle perd subitement la vue ; l'amaurose est constatée, on applique quinze sangsues à la vulve ; on y joint d'autres révulsifs, les règles reparaissent, et avec elles la malade recouvre la lumière.

Mais qu'un pareil bonheur est rare ! Il est permis de l'espérer dans certains cas où la cause est spécifique ou individuelle ; mais lorsqu'elle est générale, elle fournit peu d'indications. Qu'importe en effet qu'une péripneumonie soit due à un coup porté sur la poitrine ou à l'impression du froid : la maladie une fois produite, n'est-ce pas toujours l'inflammation du poumon qu'il faut traiter ?

Sera-ce donc la connaissance de la nature intime de la maladie ? En donnant à ce mot toute son étendue, nul doute que cette connaissance ne fût en effet la perfection de l'art : mais il est plus que probable qu'elle nous sera toujours cachée, et les efforts qu'on tenterait pour la découvrir, ne pourraient conduire qu'à de vaines chimères, comme l'attestent les systèmes, les divagations de tous les temps, et

la route vicieuse que suit encore avec opiniâtreté une Ecole moderne fameuse. Il faut savoir ignorer ce qu'il ne nous est pas donné de connaître.

Sera-ce la connaissance des symptômes? Mais, quoi de plus vague que des symptômes seuls? quoi de satisfaisant peuvent-ils présenter à l'esprit? Lorsqu'après avoir interrogé attentivement un malade, vous avez reconnu un mal-aise général, des douleurs vagues dans les membres, de l'inappétence, une chaleur plus ou moins forte, un peu de fréquence dans le pouls avec exacerbation à certaines heures, ou tout autre symptôme tout aussi peu déterminé; avez-vous alors une connaissance suffisante de la maladie, trouvez-vous dans ces symptômes des indications positives et satisfaisantes? C'est dans ces cas que plusieurs médecins consultés par le malade indiqueront un traitement différent, et même totalement opposé: vous verrez l'un ordonner des sangsues sur l'épigastre, l'autre un vomitif, celui-ci un purgatif, celui-là les délayans et la diète, un autre enfin les amers ou les excitans.

Qu'un malade ait, à la suite d'un frisson, éprouvé une douleur vive et profonde dans le côté, que le son rendu par la percussion soit mat dans ce côté, qu'il ait expectoré des crachats teints de sang; que le décubitus ait lieu sur le côté malade; tous les médecins raisonnables seront d'accord sur le caractère de la maladie, et si le traitement diffère, ce ne sera que par des nuances légères.

Le siège d'une maladie et son genre formeront

donc la connaissance la plus précieuse, la plus positive, la plus satisfaisante qu'un médecin puisse acquérir dans l'état actuel de la science. Sans cette connaissance l'esprit flotte dans l'incertitude, ne sait sur quel point s'arrêter. Une maladie qu'on peut *localiser* est donc une maladie infiniment mieux connue que celle dont on ne peut fixer le siège : avouons même que pour ces dernières l'art est encore dans l'imperfection. M. le professeur Pinel a fait d'heureux efforts pour déterminer quel est l'organe lésé dans les fièvres essentielles ; mais ses tentatives méritent d'être poursuivies avec persévérance, et l'on ne pourra se féliciter de connaître cette classe de maladies, que lorsqu'on sera arrivé à l'heureux résultat qu'il s'était proposé. Pour les névroses, il reste encore beaucoup à faire ; leur siége est encore presqu'entièrement ignoré Si jamais on vient à le découvrir, ce ne sera que par le moyen de l'anatomie pathologique : révoquer en doute cette assertion, ce serait vouloir révoquer en doute l'utilité de l'anatomie pour la connaissance des phénomènes physiologiques. C'est vouloir connaître et expliquer le jeu d'une machine compliquée, sans en avoir étudié les ressorts. C'est une absurdité.

Cependant les médecins qui ne sont pas favorablement placés pour se livrer à des recherches suivies de ce genre, sont naturellement portés à n'accorder aux ouvertures du corps qu'un degré médiocre d'utilité. Parmi les objections qu'ils adressent contre ce genre d'étude, il en est de plus ou moins

fondées ; néanmoins si l'on arrête ses regards sur les ouvrages des médecins les plus recommandables, on s'aperçoit sans peine que ceux qui obtiennent l'estime la plus générale, ceux dont l'utilité est le moins contestée, sont ceux qui sont basés sur cette espèce d'investigation ; il ne faut que se rappeler les Recueils de Bonet et de Morgagni, le Traité de M. Corvisart sur les maladies du cœur, etc., pour être convaincu de la vérité de cette assertion. Mais, disent les antagonistes des recherches cadavériques, beaucoup d'altérations qui n'existaient pas dans la vie, peuvent être survenues depuis l'instant de la mort, il vous sera impossible de les discerner : beaucoup d'autres, au contraire, existantes pendant la vie, peuvent disparaître quand elle vient à cesser ; telles, par exemple, que la rougeur érysipélateuse. Enfin, comme le disaient les anciens, et Celse en particulier : n'est-il pas ridicule de vouloir que le cadavre manifeste à nos yeux les phénomènes de la vie qui n'y est plus, et de penser que les choses sont dans l'homme mort, comme elles étaient dans l'homme vivant? On peut encore ajouter à ces objections que bien que le corps humain soit composé d'organes ; que les fonctions soient le résultat du jeu de ces organes, et que le trouble des fonctions doive indiquer nécessairement un dérangement dans l'organe qui l'exécute, ou un organe qui sympathise avec lui ; il n'est pas certain que les tissus seuls soient altérés dans les maladies ; qu'il n'y a pas de raison pour que les fluides de toute espèce qui circulent

dans l'économie, ne soient aussi primitivement altérés, puisque tout corps composé est susceptible de décomposition; et que par conséquent il nous est impossible, dans l'état actuel de la science, d'apprécier ces altérations, qui probablement resteront long-temps encore inconnues. On ne saurait nier qu'il n'existe dans ces raisonnemens plusieurs objections spécieuses, et ce doit être pour les médecins amis des progrès de leur art, une source éternelle de regrets : mais loin de les décourager, ces difficultés ne doivent que les enflammer davantage pour ces sortes de recherches, les seules qui puissent leur fournir quelques lumières sûres.

Examinons la valeur des objections des détracteurs de l'anatomie pathologique.

1.º *Il survient des altérations après la mort.* Sans doute, mais les expériences et le raisonnement sont parvenus à les reconnaître presque toutes : la stase du sang, l'engouement des organes dans quelques-unes de leurs parties a été reconnu comme un effet purement cadavérique, puisqu'en plaçant un corps sur divers sens, dans les instans qui suivent la mort, on a constamment rencontré cet engorgement dans les parties les plus déclives.

Les *concrétions*, nommées improprement *polypeuses*, que l'on trouve dans quelques cas, se forment dans les dernières heures de la vie, puisque, d'une part, il serait impossible de vivre long-temps avec de pareilles concrétions dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux; et de l'autre, que

cette altération ne se rencontre que dans certains cas, et que le sang tiré de la veine, en se refroidissant, ne prend jamais le même aspect.

Les gaz contenus dans les intestins, peuvent être reconnus dans le vivant. Il est facile de distinguer ceux que la gangrène développe dans nos organes, de ceux que la putréfaction cadavérique y fait naître. La consistance des organes peut encore être appréciée d'une manière juste, par rapport à la température régnante, à l'âge du sujet, à la date de sa mort, dont on connaît les effets ordinaires sur eux, etc. On peut en dire autant de leur couleur : tout médecin exercé aux investigations cadavériques apprécie fort bien toutes ces nuances, qu'il serait trop long de faire connaître ici.

2.º *Plusieurs altérations peuvent disparaître après la mort.* Oui, mais ce n'est là qu'une conjecture pour les organes intérieurs ; de ce que l'érysipèle disparaît à la peau, ce n'est pas une raison pour que l'injection des autres membranes disparaisse ; on voit, en effet, que lorsque des symptômes ont indiqué une phlegmasie d'une manière non équivoque, on en rencontre toujours les traces dans l'organe qui en fut le siége pendant la vie. On ne peut pas conclure sur une conjecture.

3.º Malgré les déclamations des anciens contre l'anatomie, on ne pourra s'empêcher d'avouer que notre supériorité incontestée dans *la connaissance des phénomène de la vie*, n'ait été puisée dans

l'étude de cette branche de la médecine. Et nous voyons qu'eux-mêmes lorsqu'un respect superstitieux pour la tombe empêchaient les recherches cadavériques, cherchaient à suppléer à cette étude, en portant leurs regards avides dans les entrailles des animaux, ou en saisissant avec empressement les occasions que de grandes blessures, ou de grandes opérations leur fournissaient, d'interroger les organes dérobés par la nature à leur connaissance.

4.o *Enfin des fluides de toute espèce peuvent être altérés ;* mais qui peut assurer que leurs altérations échapperont toujours à la sagacité et aux moyens d'exploration des observateurs à venir? Il faut chercher.

Nous avons exposé avec toute l'impartialité possible le faible côté des recherches cadavériques. Si nous voulions donner une idée de leur utilité, il nous faudrait citer toutes les maladies qui laissent après elles quelques traces. La classe toute entière des phlegmasies, la plus parfaite, la plus satisfaisante de toutes, puisqu'en même temps que ces maladies ont été mieux connues, elles ont été traitées avec beaucoup plus de succès, et que pour elles le raisonnement est parfaitement d'accord avec l'expérience : — La connaissance des lésions organiques de toute espèce ; ici le traitement n'a pas suivi les mêmes progrès, mais l'empirisme aveugle n'est pas plus avancé, et si l'on peut espérer de guérir quelques-unes de ces désorganisations, c'est sans contre-

dit lorsqu'on aura mieux étudié et mieux connu la nature, la marche et le développement de ces altérations; alors le traitement deviendra rationnel, d'absurde qu'il était. Enfin, il est plus satisfaisant, et bien plus voisin de la perfection, de pouvoir dire : tel symptôme indique telle lésion dans tel organe, tel traitement convient ou ne convient pas; que de dire, je ne sais pas quelle altération produit les symptômes que j'observe ; mais, n'importe, il faut traiter le malade, et je vais donner, *dans l'espoir de réussir*, tel ou tel médicament. Dans le premier cas, on sait quelque chose, on ne nuira pas : dans le second, on ne sait rien, on est un empirique, et l'on peut abréger les jours d'un malheureux nécessaire à sa famille et à sa patrie.

Pour certains esprits fort étroits, toute la médecine est dans ces mots : *Un malade étant donné, il faut le guérir*; et les voilà qu'ils traitent à tort et à travers; sans s'inquiéter s'ils connaissent la maladie, ils traitent le malade. Ils ont lu, ou on leur a dit, que *tel médicament était bon* contre tel symptôme, ou tel grouppe de symptômes, et de gorger le malade de cette drogue ! ! !

Pour nous qui ne sommes pas si avancés, qui ne voulons pas traiter un malade sans connaître sa maladie, qu'il nous soit permis, malgré les cris improbateurs de la multitude, de poursuivre nos observations pendant la vie, et nos recherches après la mort des malades. Persuadés qu'elles seules sont la source de connaissances utiles, en donnant au

diagnostic toute la certitude qu'il puisse acquérir.

On doit conclure de ce qui précède :

1.° Que la connaissance *isolée* des *causes* et des *symptômes* n'est que d'une importance secondaire ;

2.° Que la connaissance *acquise par les signes*, du genre et du *siège* de la maladie est la seule connaissance positive en médecine, qu'elle seule peut l'élever au rang des autres sciences naturelles ;

3.° Que la seule ouverture des corps doit nous conduire à un résultat si désirable, et que tout ce qui n'est pas appuyé sur ce genre de recherches est vague, incertain, et du domaine de l'empirisme.

Observation.

Marie-Magdeleine Huart, fille, âgée de 64 ans, d'une constitution sèche et grêle, a été réglée à 16 ans, et a cessé de l'être à 39, sans avoir eu d'enfant. L'apparition et la cessation des menstrues n'ont été précédées ni suivies d'aucune maladie. La malade dit avoir été tourmentée depuis l'âge de 40 ans environ, par plusieurs accès de goutte, mais ses membres n'en présentent aucune trace sensible.

Dans le courant de mai 1819 (1), elle éprouva,

---

(1) Il paraîtrait, d'après les renseignemens donnés par la surveillante, que la maladie de Huart remonterait à une époque beaucoup plus éloignée, car en 1815 elle était venue à l'infirmerie, ayant *le ventre et les jambes enflés.* Les commémoratifs donnés par les malades sont souvent imparfaits.

sans cause à elle connue, une douleur dans l'hypocondre droit, douleur, qui légère dans le principe, devint bientôt lancinante et se propagea même quelquefois jusque dans la région iliaque du même côté. Dans le même temps elle remarqua beaucoup de sang dans ses urines. Cette douleur avait été précédée, au rapport de la malade, d'amertume de la bouche, de rapports nidoreux, et de vomissemens qui avaient lieu quelquefois le matin à jeun et jamais après le repas. Elle avait peu d'appétit, mais ce qu'elle mangeait ne l'incommodait aucunement. Dans le mois de juin elle eut une diarrhée qu'elle conserva jusqu'au 24 août, époque de son entrée à l'infirmerie.

Alors maigreur de la face et de tout le corps; jambes infiltrées; humidité et couleur naturelle de la peau; respiration libre et sans douleur, pouls fréquent mais assez régulier dans ses battemens; langue rouge à sa pointe et sur ses bords, couverte d'un enduit noirâtre à sa base; point d'appétit, rapports désagréables le matin. En palpant avec attention l'abdomen, nous le trouvâmes distendu dans sa totalité; percuté par un corps sec, il rendit un son clair dans presque toute son étendue, ce qui nous fit d'abord croire qu'il n'était tuméfié que par des gaz; mais en exerçant la même percussion au-dessous des fausses côtes droites, nous remarquâmes que le son était mat en cet endroit, dans l'espace de trois pouces environ; en comprimant avec les deux mains, nous parvînmes à reconnaître une tumeur circonscrite,

fluctuante, et peu douloureuse au toucher. En l'explorant avec soin on sentait qu'elle était lisse, qu'elle s'étendait depuis la partie inférieure du foie jusqu'au milieu de l'espace compris entre les côtes et l'os des îles.

Nous fîmes plusieurs conjectures sur la nature de cette tumeur. Etait-ce une tumeur enkystée du foie, des hydatides, par exemple? Etait-ce un abcès dans cet organe ou dans le péritoine correspondant? Etait-ce une affection organique de l'estomac, ou enfin une affection du rein? Telles furent les questions que nous nous proposâmes, et que nous discutâmes en présence de quelques personnes.

1.º Les tumeurs enkystées du foie sont une maladie assez fréquente: le siège de la tumeur pouvait en faire présumer l'existence, mais aucune inégalité, aucune dureté dans le pourtour de la tumeur ne faisait reconnaître le foie, cette tumeur nous parut tout-à-fait isolée; d'ailleurs la coloration de la peau n'était nullement ictérique, et bien qu'il arrive quelquefois que des maladies organiques du foie ne donnent lieu à aucun changement de couleur à la peau, ces cas sont assez rares, et nous éloignâmes l'idée d'une acéphalocyste.

2.º Par les mêmes raisons nous écartâmes la pensée d'un abcès au foie. Cette maladie est d'ailleurs tellement rare, que depuis dix ans que nous nous livrons sans relâche à des recherches d'anatomie pathologique, nous ne l'avons pas encore rencontrée; et que d'autres médecins, et notamment M. Cho-

mel, n'ont pas été plus heureux que nous : d'ailleurs aucun symptôme fébrile n'ayant précédé cette tumeur, il ne pouvait avoir existé d'inflammation ; l'absence de ces derniers symptômes, le peu de douleur et la profondeur de la tumeur nous firent aussi penser que ce ne pouvait être un abcès dans le péritoine.

3.o La vésicule était-elle distendue outre mesure ? cela pouvait être : mais pourquoi n'y avait-il pas d'ictère ? cette dernière question ne nous arrêta pas : car nous avons vu souvent la vésicule biliaire énormément distendue, faisant saillie hors du bord tranchant du foie, sans qu'il eut existé d'ictère. La couleur jaune n'a lieu que quand un obstacle empêche que la bile ne coule du foie dans le duodénum : or il arrive souvent qu'un calcul ferme le canal cystique ; tandis que l'hépatique et le cholédoque restent libres ; alors la bile continue à couler dans l'intestin ; et la vésicule se trouve remplie par l'humeur que secrète sa membrane propre. Dans ce cas le fluide qu'elle contient est limpide, filant comme du blanc d'œuf. Il paraît que dans ce cas le peu de bile qu'elle contient au moment où son conduit se ferme, est resorbé et bientôt remplacé par l'humeur dont nous parlons. Ce cas n'étant pas fort rare, nous le regardâmes comme pouvant exister chez Huart.

4.o La fluctuation actuelle, l'absence du vomissement, ainsi que des autres symptômes de l'affection organique de l'estomac, bien qu'elle eût vomi dans un autre temps, nous empêchèrent de nous prononcer en faveur de cette supposition.

5.° Était-ce une affection du rein? en fixant notre attention sur l'hématurie que la malade avait éprouvée, nous penchâmes encore en faveur de cette supposition, mais quel moyen qu'un organe si profondément situé vînt faire saillie sous les fausses côtes vers la région épigastrique? Néanmoins cette supposition et celle de la distension de la vésicule, furent les seules où nous nous arrêtâmes, après avoir analysé et apprécié tous les symptômes comme on vient de voir.

La malade souffrait beaucoup, marchait difficilement, courbée, et toujours avec l'aide d'une compagne.

Elle resta à l'infirmerie sans que la tumeur parût faire des progrès sensibles. Elle ne vomissait pas, elle ne mangeait pas. Elle tomba peu-à-peu dans un état de marasme, et mourut le 22 novembre 1819, avec toute sa connaissance, et en se plaignant des douleurs qu'elle éprouvait.

Ouverture le 24 novembre, 48 heures après la mort.

Extérieur. Maigreur générale, infiltration des jambes.

Poitrine. Beaucoup de sérosité dans l'une et l'autre cavité de la plèvre. Poumon droit très-sain, poumon gauche adhérent dans presque toute sa partie postérieure avec la plèvre costale. Cœur ferme. Cavité ventriculaire gauche très-rétrécie par l'épaississement de ses parois. La pression exercée sur les organes de la circulation abdominale paraît avoir né-

cessité cet accroissement de force dans le ventricule gauche.

Abdomen. Sérosité noire épanchée dans l'abdomen. Péritoine offrant une couleur noire, mais ne présentant aucune trace d'inflammation. Cette couleur est très-prononcée dans la partie qui revêt la paroi antérieure de l'abdomen, l'intestin grêle, le cœcum et le colon ascendant, et dans la plupart de ses replis, tels que le mésentère, le grand épiploon.

Tumeur énorme au-dessous du foie, s'étendant jusque dans la cavité iliaque droite, et recouvrant l'estomac. Séparée avec soin des autres organes, on a vu qu'elle était le résultat d'une altération du rein. Celui-ci ne prenait pas part dans toute son étendue à la désorganisation. Le quart supérieur était converti en une grosse poche remplie d'une matière mélangée, fauve, violette, noirâtre et pultacée, semblable pour la consistance et même pour l'aspect à une dégénérescence cérébriforme. Les trois-quarts inférieurs étaient sains, et se trouvaient sur un plan inférieur à celui de la tumeur, en sorte que la saillie que faisait cette tumeur n'était pas produite par la totalité du rein, mais seulement par la poche dont nous avons parlé. L'urètre de ce côté était sain, et venait se perdre dans la partie du rein qui n'était pas désorganisée (1).

L'estomac était extrêmement petit. Sa surface in-

(1) Cette tumeur, qui avait environ de 6 à 8 pouces dans tous les diamètres, était inégale et bosselée; la partie qui correspondait aux parois abdominales était épaisse d'environ deux lignes, semi-cartilagineuse, assez sem-

terne offrait des éminences polypeuses, isolées, d'une grosseur égale à une petite noisette. Près le pylore et le long de la petite courbure, les parois étaient épaissies, squirrheuses, et présentaient tous les caractères d'un cancer. Les parois de l'estomac semblaient être, dans un point de la grandeur d'une pièce de 20 francs, retirées sur elles-mêmes, ridées et comme cicatrisées. Ce point adhérait aux organes voisins et se déchirait avec la plus grande facilité.

Cette maladie de l'estomac peut donner lieu à plus d'une réflexion. D'abord, si cette femme n'eût eu que le cancer de l'estomac, il aurait pu arriver que cette espèce de cicatrice se fût rompue et qu'une mort prompte s'en fût suivie. Cette femme n'ayant pas vomi depuis long-temps, n'ayant même offert aucun symptôme de lésion organique de l'estomac, aurait pu présenter une nouvelle observation des perforations spontanées de ce viscère : car cette espèce de rupture paraît être la plus ordinaire de toutes. En second lieu, pourquoi cette femme ne vomissait-elle pas ? Etait-ce parce que la tumeur du rein placée sur l'estomac empêchait les muscles abdominaux d'a-

---

blable à la membrane épaissie et dure qui recouvre si fréquemment la rate ; elle était d'ailleurs tellement irrégulière, qu'il est très-difficile d'en donner une description exacte ; toute l'épaisseur du quart supérieur du rein était convertie en une masse informe. Elle était, en grande partie, remplie par des couches de fibrine de diverses densités, qui paraissaient le résultat d'hémorrhagies plus ou moins anciennes, causées par l'érosion des vaisseaux du rein.

gir sur cet organe ? Cette supposition serait bien favorable à M. Magendie. Serait-ce parce que le pylore étant libre, les alimens pouvaient passer avec facilité dans les autres intestins ? C'est possible. Nos observations, confirmant celles des autres médecins, nous ont appris que le vomissement pouvait ne pas exister dans le cancer de l'estomac, dans les cas suivans : 1.o lorsque le pylore ulcéré, offrant une large ouverture, permet aux alimens de passer *mécaniquement* dans le duodénum avec moins d'efforts qu'il n'en faut pour remonter par l'œsophage ; 2.o lorsque l'estomac squirrheux dans sa totalité est *incontractile* ou *incompressible*. Ces cas sont loin d'être rares.

Le gros intestin était rempli de matières fécales extrêmement dures. L'S romaine du colon vide et distendue considérablement par des gaz. Son union avec la partie descendante du colon offrait à son rétrécissement très-marqué, mais qu'il a été très-facile de faire disparaître en pressant sur la partie distendue par les gaz.

Ce cas pathologique fera, nous l'espérons, ressortir la nécessité des ouvertures de corps. En effet, sans l'ouverture, aurait-on eu la certitude du genre de la maladie, et aurait-on reconnu l'importance de l'hématurie comme symptôme ?

SCORBUT, ANÉVRYSME DU COEUR,

ET COMMUNICATION DES DEUX OREILLETTES PAR LE TROU BOTAL;

Par M. BOUILLAUD, *élève interne de première classe à l'hôpital Saint-Louis.*

Lexmelin, âgé de 49 ans, d'un tempérament bilieux, perdit, il y a environ un an, une place qui était son seul moyen d'existence. Depuis lors il fut en proie à un profond chagrin, il eut en outre à lutter contre les funestes effets d'une nourriture extrêmement insalubre. Une tristesse profonde, une langueur générale de toutes les fonctions, suivies bientôt de tous les symptômes qui caractérisent le scorbut, obligèrent le malade à entrer dans un hôpital; il fut placé à Saint-Louis le 21 juin 1819. — On observait alors les symptômes suivans: air triste, visage pâle, blême; bouche mauvaise, exhalant une odeur empoisonnée que le malade ne pouvait supporter lui-même; gencives ramollies, saignant facilement, vaste infiltration sanguine à la jambe et au pied droit, taches sur diverses autres parties du corps, mais moins étendues, circonscrites et pour la plupart analogues à des piqûres de puce; engorgement considérable du genou; pouls petit, misérable, mais régulier; langueur et sorte d'apathie générale, impossibilité de marcher ou de se tenir debout: d'ailleurs, nulle douleur locale. (Le

15..

malade tousse un peu) — On applique sur le pied et la jambe des compresses imbibées d'alcohol camphré ; on prescrit au malade de la tisane de houblon, du vin anti-scorbutique (*bis*), gargarisme avec l'esprit de cochléaria, ou avec la décoction de quinquina acidulée. — Ces moyens continués pendant un mois n'opèrent presqu'aucun changement dans l'état général du malade ; seulement les symptômes locaux s'affaiblissent. Les 20 et 21 juillet hémorrhagie buccale très-considérable. (Le malade évalue la perte de sang à deux verres.) (Limonade sulfurique.) — Jusqu'ici l'affection scorbutique avait exclusivement attiré notre attention, mais la toux étant devenue presque continuelle et très-fatiguante, les lèvres ayant pris une couleur livide et bleuâtre, la face s'étant pour ainsi dire bouffie ; nous commençâmes alors à soupçonner et à craindre une lésion organique du poumon et du cœur. (Julep béchique.) Tous les signes qui accompagnent ce genre de lésion se prononcèrent de jour en jour davantage, et en même temps les taches scorbutiques et l'engorgement du genou se dissipèrent. Le 4 et le 5 août il y eut de l'oppression, étouffemens, de l'inquiétude, le visage devint légèrement livide, la toux se manifesta, la face était altérée et pour ainsi dire mourante. Un homme profondément affaibli au physique et au moral, ne pouvait résister long-temps aux trois maladies auxquelles il était en proie. Aussi Lexmelin cessa-t-il de vivre le 5 août à trois heures après midi. Il mourut dans une sorte d'asphyxie.

Ouverture du corps.

Poitrine. Epanchement d'une sérosité jaunâtre dans le péricarde. — Dilatation anévrysmale des cavités droites du cœur. Le ventricule droit était tellement dilaté, qu'après l'avoir ouvert, je crus que la cavité énorme qui en résultait appartenait aux deux ventricules, et que j'avais détruit la cloison qui les sépare. Mais je vis bientôt que cette ample cavité ne communiquait nullement avec le ventricule gauche. C'était sur-tout à gauche et du côté de l'artère pulmonaire, que le ventricule droit s'était dilaté; là il formait en quelque sorte un troisième ventricule intermédiaire aux deux autres. — Les parois de ce ventricule n'étaient pas sensiblement amincies. Les colonnes charnues étaient multipliées en proportion de la dilatation morbide du ventricule. Le tissu musculaire du cœur était pâle, flasque. L'artère pulmonaire dilatée offrait un calibre double de celui de l'aorte; les cavités droites et les veines-caves étaient gorgées d'un sang noir et coagulé, le foie lui-même, sur-tout à droite, était pour ainsi dire *inondé* de ce liquide. — Dans le moment je n'examinai pas davantage le cœur, et je m'empressai de le présenter à M. J. Cloquet. A peine M. Cloquet eut-il jeté les yeux sur cet organe, qu'il découvrit une communication entre les deux oreillettes au moyen du trou botal largement ouvert, en sorte que pendant la vie le sang rouge et le sang noir devaient se mêler. L'ouverture de communication était arrondie

sans déchirure, et pouvait avoir le diamètre d'une pièce de 20 sols. — Le sujet de cette observation n'a cependant présenté aucun signe qui pût faire soupçonner ce mélange. La lividité des lèvres, la bouffissure du visage, la langueur générale, etc., s'expliquent parfaitement par l'existence d'un anévrysme, joint à une affection scorbutique très-intense. Voilà donc un fait qui prouve que la maladie connue sous le nom de *maladie bleue* n'est pas le résultat constant de la communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur. D'autres faits démontrent d'ailleurs que cette singulière maladie peut se développer alors qu'il n'existe aucune communication entre les cavités à *sang noir* et celles à *sang rouge*. Après avoir montré à M. Cloquet l'organe dont je viens d'indiquer la disposition, je suis allé terminer l'ouverture du corps. Les poumons, et sur-tout le gauche, étaient parsemés d'une innombrable quantité de granulations; la plèvre qui les recouvrait adhérait de toutes parts à la plèvre costale, au moyen d'une couche celluleuse plus dense et plus épaisse à gauche qu'à droite. — Le cerveau ne présenta rien de remarquable. L'estomac offrait çà et là des points où la membrane muqueuse était d'un rouge-brun. Elle était blanche ailleurs; ce qui lui donnait comme un aspect marbré. — Le tissu cellulaire du genou gauche était épaissi; il n'y avait épanchement d'une matière albumineuse ni dans l'articulation, ni dans les muscles, etc., etc.

Nota. En réfléchissant aux causes qui ont agi sur

le malade dont je viens de tracer rapidement l'histoire, à l'état granuleux du poumon, circonstance qui rendait le cours du sang très-difficile dans cet organe, et l'obligeait à refluer vers les cavités droites, on explique assez facilement la dilatation de celles-ci; on conçoit pourquoi les veines caves distendues étaient gorgées de sang ainsi que le foie; pourquoi le calibre de l'artère pulmonaire était *double* de celui de l'aorte; pourquoi cette dernière s'était réellement rétrécie, etc.

Un illustre médecin, M. Corvisart, a expliqué comment le rétrécissement de l'aorte pouvait produire un anévrysme des cavités gauches. — Dans le cas qui m'occupe, ces cavités n'étaient point anévrysmatiques, quoique l'aorte fût rétrécie. Mais ce rétrécissement dépendait, je crois, de ce que l'aorte recevait moins de sang que dans l'état ordinaire; (vu l'état des poumons,) il ne pouvait donc point déterminer d'anévrysme, etc. (1).

(1) Il est avéré, par des observations nombreuses, que la communication des cavités gauches du cœur avec les cavités droites après la naissance, est une des causes les plus fréquentes de l'affection appelée *cyanose* ou *maladie bleue*. Cependant les cavités du cœur qui contiennent le sang veineux et le sang artériel, peuvent communiquer librement entr'elles sans que pour cela la cyanose ait lieu. L'observation que vient de rapporter M. Bouillaud en est une preuve évidente. A quoi est due cette exception, et pourquoi, lorsque le même vice organique

NOTE

SUR UNE CHUTE DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'URÈTRE, FAISANT SAILLIE HORS LE MÉAT URINAIRE;

Par M. SÉGUIN, *D.-M.-M. à Viviers.*

LE 12 septembre 1819, je fus appelé dans la nuit pour voir une femme qui, disait-on, était affectée

existe chez plusieurs individus, les mêmes effets pathologiques ne sont-ils pas constamment produits? Voici comment, il me semble, on pourrait expliquer ces différences: si les deux oreillettes ou les deux ventricules du cœur se contractent, dans ces cas, avec une égale énergie, les deux colonnes formées par le sang rouge et le sang noir qui se touchent, s'adossent au niveau de l'ouverture de communication, se font équilibre, et le liquide n'a pas plus de tendance à passer dans l'une que dans l'autre de ces cavités, le mélange des deux sangs n'a pas lieu. Mais que cet équilibre soit rompu, que l'une des cavités du cœur se contracte avec plus de force que l'autre, eh bien! le liquide qu'elle renferme, comprimé avec plus d'énergie, en sort pour passer en partie dans la cavité qui est plus faible, pour se mélanger avec l'autre colonne de sang. Si le ventricule ou l'oreillette du côté droit agit avec plus de force, le sang veineux passe dans les cavités qui recèlent le sang artériel, le colore en noir, et le liquide ainsi mélangé est envoyé par l'aorte dans tous les tissus qu'il teint en un bleu violacé plus ou moins intense, l'individu est affecté de cyanose. Mais si le ventricule

d'une hernie étranglée. J'arrive, j'interroge la malade, et ses premières réponses me font fortement soupçonner que la maladie n'est point une hernie

---

gauche a plus de force, si le ventricule droit est aminci, dilaté, anévrysmatique; si l'aorte est resserrée, comme cela se remarquait pour le cœur du malade dont M. Bouillaud a rapporté l'observation, et que j'ai examiné avec la plus scrupuleuse attention, voici ce qui arrive: D'une part, difficulté du passage du sang artériel à travers l'aorte rétrécie; d'autre part, force plus grande du ventricule gauche, faiblesse du ventricule droit, et, par conséquent, passage facile du sang artériel dans l'oreillette droite par l'ouverture de communication, mélange d'une portion de ce sang avec le veineux; dans ce cas, le sang artériel continue d'être envoyé pur, rutilant, bien qu'en moindre quantité, vers tous les organes; de plus, il est porté en partie vers les poumons avec le sang veineux, par l'artère pulmonaire; il n'y a pas de raison pour que l'individu soit affecté de maladie bleue. L'arrivée du sang artériel déja saturé d'oxygène, au poumon, ne doit-elle pas modifier ici les phénomènes chimiques de la respiration? Mais quelles sont ces modifications? Ne serait-il pas possible aussi dans le cas qui nous occupe, de soupçonner les cavités gauches du cœur d'avoir concouru à la dilatation anévrysmatique des cavités droites, en y projetant avec plus ou moins de force une colonne de sang artériel? Ne serait-ce point là aussi la raison pour laquelle le ventricule gauche du cœur n'était point affecté d'anévrysme, bien que l'aorte fût considérablement rétrécie? C'est une simple supposition à laquelle j'attache du reste peu d'importance, et que je soumets à la sagacité de nos lecteurs. (J. C.)

étranglée, l'examen certifie ce soupçon. Voici ce que je trouvai : après avoir séparé les grandes lèvres, je vis une tumeur de la grosseur d'une noisette, d'une couleur fortement rouge et même noire sur un point, donnant une légère suppuration louable, et au milieu de laquelle on observait un enfoncement qui n'était autre chose que l'orifice du canal de l'urètre, lequel était tellement dilaté que, sans difficulté, on y introduisait le doigt index. J'examinai alors plus exactement la tumeur et reconnus qu'elle était entièrement formée par la muqueuse de l'urètre tuméfiée et tellement relâchée, qu'elle avait fait chute à travers le méat urinaire. Je tentai la réduction qui fut facile, mais devint un obstacle à la sortie des urines ; j'administrai les topiques astringens sans succès ; enfin, voyant les douleurs et le gonflement augmenter, je propose l'opération comme le seul moyen de guérison. La malade alarmée de ma proposition, alla consulter d'autres médecins; on employa une foule de moyens, tels que onguens, emplâtres, bandage, etc.; tout fut mis en pratique et toujours sans succès. Après toutes ces tentatives la malade décidée à l'opération vint me retrouver, et je l'opérai le 29 septembre de la même année. Je commençai l'opération par l'introduction d'un algalie de femme dans l'urètre et liai sur elle l'excroissance qui avait une forme orbiculaire, avec un fil rond ciré; je serrai d'abord peu la ligature, me proposant de n'opérer l'étranglement que lentement, pour épargner des souffrances à la malade. Elle eut le 1.er et le 2.e jours de

l'opération, à souffrir quelques douleurs qu'elle comparait à un tiraillement d'estomac, mais le régime et une boisson délayante les calmèrent de manière que la ligature et la tumeur tombèrent le 4.e jour, sans qu'il fût survenu aucun accident. La malade fut parfaitement guérie le 8.e jour.

OBSERVATION

SUR UNE DESTRUCTION AVEC SUPPURATION DU FIBRO-CARTILAGE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE SURVENUE A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT ;

Recueillie par M. MOREAU, *interne de première classe à l'hôpital Saint-Louis.*

LA formation du pus dans les fibro-cartilages, est une affection peu commune, et c'est à l'obscurité des propriétés vitales de ces fibro-cartilages, à leur peu d'énergie, qu'il faut rapporter sans doute la rareté des maladies de ces organes. (*Bichat. Anat. Génér.*)

Pendant la grossesse les fibro-cartilages du bassin doivent être plus susceptibles de maladies que dans l'état naturel; effectivement alors, il y a évidemment dans ces tissus augmentation des propriétés vitales, les liquides y abordent en plus grande quantité, ils se gonflent, se ramollissent, l'humeur visqueuse et tenace qui remplit les aréoles qu'on y observe, devient plus abondante, ces organes enfin jouissent alors de plus de vie : eh bien ! qu'une cause quel-

conque d'irritation agisse sur eux dans cet état, une inflammation d'autant plus vive que la cause aura agi avec plus d'intensité, doit nécessairement s'y développer. L'observation que nous allons rapporter peut jeter quelques lumières sur ce sujet.

La nommée Montet (Félicité-Victoire), âgée de 26 ans, mère de quatre enfans, fit une fausse couche en décembre 1818. Elle devint enceinte de nouveau au mois de mars 1819; pendant les six premiers mois, aucun accident ne vint traverser cette sixième grossesse : mais le 1.er septembre, sans cause connue, une hémorrhagie assez abondante se déclara; elle fut arrêtée plusieurs fois pendant huit jours par différens moyens qu'une sage-femme employa; mais au bout de six ou huit heures elle reparaissait avec plus d'intensité. La malade s'affaiblissait extrêmement; un accoucheur fut appelé, et considérant que tous les moyens employés jusqu'alors pour faire cesser cette perte avaient été infructueux, se décida, pour sauver la vie de cette jeune femme, à procéder de suite à l'accouchement.

Le col de l'utérus dilaté et la main introduite dans cet organe, les pieds furent amenés aux détroits du bassin, et l'enfant fut extrait de cette manière. Le placenta suivit quelque temps après, l'accouchement était terminé au bout d'une demi-heure. L'enfant qui le matin encore avait donné des signes de vie par ses mouvemens dans l'utérus, était mort. Ce qui peut être attribué à la compression que le cordon ombilical eut à souffrir, lors du passage de la

tête au détroit supérieur, où elle resta assez long-temps engagée.

Après l'accouchement la ménorrhagie cessa. Les phénomènes ordinaires, tels que l'écoulement des lochies, la fièvre de lait, etc., se succédèrent naturellement; mais le ventre resta douloureux, sur-tout dans la région pubienne. Des sangsues furent appliquées sur cette région, puis des émolliens, mais inutilement; l'état douloureux du ventre et du mont de Vénus continua, des frissons se firent sentir, sur-tout le soir, une petite fièvre leur succédait.

Le 19 octobre, quarante jours après l'accouchement, cette malade entra à l'hôpital Saint-Louis et nous offrit les symptômes suivans :

Abdomen douloureux à la pression, sur-tout dans la région pubienne, la grande lèvre gauche tuméfiée, douloureuse, pouls petit, assez fréquent, état fébrile très-prononcé le soir, pommettes colorées, langue blanche, un peu rouge sur les bords, diarrhée abondante très-fétide, perte d'appétit, faiblesse générale.

Je fis raser le pubis, j'examinai les parties et ne reconnus de fluctuation ni vers le pubis, ni dans la grande lèvre. J'y fis appliquer des cataplasmes émolliens, une décoction de riz édulcorée avec le sirop de coings, et un gros de thériaque, furent prescrits.

Pas de changemens les dix premiers jours.

Le 29 octobre vomissemens de matières brunâtres, que l'on reconnut être la thériaque administrée la veille. La diarrhée étant un peu diminuée, on sus-

pendit ce médicament. Les vomissemens eurent lieu encore le lendemain, puis cessèrent. La malade était extrêmement faible et la fièvre existait toujours avec de fortes exacerbations le soir.

Le 1.er novembre je reconnus, en palpant le ventre, une fluctuation assez obscure, quatre travers de doigt au-dessus du pubis; elle me parut exister sous le muscle sterno-pubien droit.

Le 6 novembre elle était très-évidente, la tumeur qui existait alors parfaitement ovoïde, circonscrite, me fit juger que cette collection d'un liquide quelconque existait dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Un médecin vit la malade et pensa comme moi; la grande lèvre gauche offrait aussi de la fluctuation; nous pensâmes que ces deux foyers communiquaient ensemble; mais aucune preuve ne vint changer nos soupçons en certitude.

Le 7 et le 8 la collection augmenta, la malade était très-faible. Sa mort paraissait prochaine. Effectivement, le 9 elle avait cessé d'exister.

Autopsie. Après avoir incisé avec précaution la peau sur la tumeur ovoïde de l'abdomen, et avoir mis à découvert le quart inférieur du muscle sterno-pubien droit, je reconnus que le foyer était au-dessous de ce muscle, entre lui et le péritoine qui revêt la face inférieure de son quart postérieur; une incision pénétrant dans ce foyer, et prolongée jusqu'au pubis, donna issue à-peu-près à seize onces de pus d'une odeur très-fétide, mais analogue au pus d'un phlegmon du tissu cellulaire. La symphise pu-

bienne fut mise à découvert, le fibro-cartilage qui la constitue était détruit entièrement, si ce n'est à sa partie inférieure où il en restait encore quelques débris. Baignées par le pus les surfaces osseuses dénudées étaient d'un gris noirâtre, leur structure nullement altérée; quelques faisceaux du ligament pubien antérieur et le triangulaire du pubis existaient seuls au milieu de ce désordre. La grande lèvre du côté gauche contenait dans son épaisseur un foyer purulent qui communiquait au-devant du pubis avec le premier. L'abdomen ouvert laissa échapper des gaz d'une grande fétidité, une pinte de sérosité dans laquelle nageaient des flocons albumineux était contenue dans la cavité abdominale, les intestins étaient réunis entr'eux par de fausses membranes se déchirant facilement. La portion hépatique du péritoine en présentait aussi. Le foie assez volumineux était sain cependant, ainsi que l'estomac, le tube intestinal et la vessie; la matrice revenue presque à son volume ordinaire, ne présentait rien de remarquable; il en était de même du vagin. Pas de lésions organiques dans la poitrine, si ce n'est l'adhérence presque complète et très-difficile à détruire des plèvres costale et pulmonaire du côté droit.

Quelques Réflexions sur l'Observation ayant pour titre : DESTRUCTION AVEC SUPPURATION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE.

LA première question que fait naître la lecture

de cette observation est celle-ci : quelle cause a pu déterminer une pareille altération pathologique ?

Il n'est pas probable que les manœuvres exercées pour opérer l'accouchement, aient amené un semblable résultat, puisque nous voyons que l'introduction seule de la main a suffi pour l'extraction du fœtus, et en supposant même qu'il eût été indispensable d'aider la main par un instrument quelconque, son action non dirigée sur la symphyse pubienne n'aurait pu entraîner de désordre dans cette partie. Le vagin, le col, le corps de l'utérus n'offraient aucune trace de lésions, n'attestaient ainsi que des efforts violens eussent été employés pour terminer l'accouchement ; mais si effectivement le vagin ou l'utérus eussent éprouvé quelques désordres, c'eût été en ces organes, bien plus vivans d'ailleurs que la symphyse pubienne, que se seraient rencontrées les altérations pathologiques. Il nous paraît donc suffisamment démontré que ce n'est point dans les diverses circonstances de l'accouchement manuel qu'il faut chercher la cause de la maladie.

Le vice rhumatismal qui si souvent attaque ces articulations, le vice scrophuleux, qui fréquemment porte ses effets désorganisateurs sur les cartilages, ont-ils pu causer la maladie qui nous occupe ? se seraient-ils fixés sur cette partie dont les propriétés vitales étaient plus exaltées par le fait même de la gestation ?

Mais nous voyons que cette jeune femme, née de parens sains, est exempte de ces deux vices, que

jamais aucuns symptômes n'en ont signalé l'existence, et que les enfans dont elle fut mère jouissent d'une bonne santé.

Pour nous la cause est inconnue, mais les effets étaient évidents. Jetons maintenant un coup-d'œil sur la marche de cette singulière affection, et d'abord examinons si le siège primitif de la maladie fut dans la symphyse pubienne.

D'avance nous nous prononçons pour l'affirmative: en effet les douleurs qui signalèrent cette affection dans son principe avaient leur siége au pubis; le mont de Vénus offrait de la tuméfaction, ces symptômes s'étendirent ensuite à la grande lèvre gauche, puis une tumeur ovoïde sous le sterno-pubien se manifesta dans les derniers momens de l'existence de la malade. Or il est évident que l'inflammation marcha avec cette lenteur qui caractérise les affections même aiguës des os, des cartilages, des parties peu vivantes, enfin, commença dans la symphyse pubienne; que le pus se fraya d'abord un facile chemin dans le tissu cellulaire lâche de la grande lèvre, et enfin dans celui plus serré qui unit au péritoine la partie inférieure du muscle droit.

Supposons un instant que le siège primitif de l'affection eût été dans la grande lèvre. La marche de la maladie eut été plus rapide, nous aurions eu un simple phlegmon du tissu cellulaire de cette partie, et la nature aurait procuré une issue au pus avant qu'il eut eu le temps d'altérer l'articulation.

Une seule observation nous reste à faire. L'ouver-

ture des abcès ou seulement de celui de la grande lèvre, opérée au moment ou la fluctuation devint évidente eût-elle sauvé la malade? Nous laissons aux praticiens éclairés la solution de cette question, persuadés toute fois qu'à cette époque ces désordres étaient trop considérables pour pouvoir espérer quelques chances de guérison (1).

EXTRAIT

D'UN OUVRAGE ALLEMAND, INTITULÉ:

Essai d'une Exposition du Système nerveux, etc.; par CARUS. (*Suite.*)

Type de formation des masses nerveuses centrales, considéré dans chaque classe d'animaux en particulier.

EN considérant (continue M. Carus) les diverses formes qu'affecte le système nerveux dans les différentes classes d'animaux, nous avons vu que dans les animaux invertébrés, ce système consiste constamment en un anneau nerveux placé autour de l'œsophage, et que c'est particulièrement par cette forme, c'est-à-dire par la conservation de cet anneau régu-

---

(1) M. Jules Cloquet a bien voulu se charger de présenter la pièce pathologique, et d'en faire la démonstration à la Société de l'Ecole de Médecine, dans sa séance du jeudi 25 novembre.

lier que le système nerveux diffère de celui des animaux vertébrés, où, malgré la tendance manifeste à retracer ce collier, le type de centralité et d'unité, qui s'exprime ici toujours de plus en plus, s'oppose à ce que cette simple périphérie puisse subsister dans le système nerveux. Par conséquent, si l'on ne peut se dissimuler que ce nœud nerveux qui dans les classes inférieures d'animaux se forme autour de l'œsophage, constitue les premiers rudimens d'un cerveau, on ne peut se dissimuler aussi que le type du système nerveux de ces animaux diffère tellement de celui des animaux supérieurs, qu'il nous paraît inconséquent d'appeler du nom de cerveau ce simple nœud nerveux, lequel, considéré sous le rapport de la forme, n'est autre chose qu'un renflement ordinaire du système ganglionique, attendu que le nom de cerveau doit être réservé pour l'organe central du système nerveux parfait. Ajoutez à cela, qu'en considérant comme cerveau la masse nerveuse la plus considérable, on serait souvent obligé d'appliquer ce nom à un ganglion dont la disposition ne répond nullement au cerveau des classes supérieures. C'est le cas chez les mollusques acéphales et testacés qui, au-dessus de l'œsophage, véritable place du cerveau, n'offrent qu'un filament nerveux peu volumineux et unissant deux nœuds latéraux, tandis que le ganglion principal, désigné par Mangili sous le nom de cerveau, est situé dans la masse du soi-disant pied et par conséquent au-dessous de l'œsophage. Même dans les limaçons, le nœud

situé à la partie inférieure de l'anneau l'emporte sur celui de la partie supérieure, et ce n'est que dans les céphalopodes et les insectes plus parfaits que le nœud supérieur prédomine. Ce ne serait donc qu'à partir de ces ordres d'animaux que ce nœud nerveux pourrait être appelé cerveau, vu qu'il semble ici constituer la masse centrale des nerfs des principaux sens; que par sa disposition il répond exactement au cerveau des classes supérieures d'animaux, et que très-souvent il est divisé en plusieurs lobes. Mais même cette manière d'envisager ce ganglion, comme formant la masse centrale des nerfs des sens, ne convient pas toujours, puisque, dans les sèches, l'un des nerfs des sens les plus nobles, celui de l'ouie, ne naît pas du nœud supérieur, mais de la partie antérieure du collier nerveux. D'ailleurs, si l'on considère; 1.o que le caractère essentiel des animaux supérieurs consiste dans la masse nerveuse centrale placée le long du dos de l'animal, laquelle manque entièrement aux animaux des classes inférieures; 2.o que le cerveau et la moëlle rachidienne forment les parties intégrantes de cette masse, dont l'existence de l'une suppose pour ainsi dire l'existence de l'autre; 3.o que dans les limaçons et les sèches un organe analogue à la moëlle rachidienne manque encore complètement; 4.o que la chaîne ganglionique placée chez les insectes à la face ventrale, ne peut nullement être considérée comme une véritable moëlle rachidienne, quoique néanmoins elle la représente en quelque sorte, à-peu-près comme

le nœud de la tête représente le cerveau, il paraît bien plus convenable de n'appliquer le nom de cerveau qu'à la masse nerveuse centrale des quatre classes supérieures d'animaux, de même que nous n'avons appliqué le nom d'âme qu'aux fonctions du système nerveux des animaux parfaits.

De la Moëlle rachidienne et du Cerveau des animaux vertébrés.

1.º De la moëlle rachidienne, et du cerveau des poissons.

L'étude de la masse nerveuse centrale des poissons en général, a, jusqu'à présent, été peu sérieuse; celle de la moëlle rachidienne en particulier, peut être considérée comme nulle. Collins, Scarpa, Vicq-d'Azyr, Ebel, Camper, Monro, et plusieurs autres, nous ont donné quelques descriptions du cerveau de poisson, mais l'objet de leurs recherches étant destitué de vues physiologiques, n'offrait pas un intérêt bien grand, et en second lieu, le type de cette masse centrale étant regardé comme si peu constant, même dans les divers individus d'une seule et même espèce, on se contentait généralement de descriptions superficielles. Cuvier est, après Haller et Vicq-d'Azyr, un de ceux qui les premiers ont cherché à pénétrer dans la structure de cet appareil, et nous lui devons plusieurs descriptions de ce genre; mais la direction donnée à ses recherches était, je le répète, peu physiologique, et les rapprochemens forcés entre les parties cérébrales du poisson et celles

de l'homme, n'ont servi qu'à rendre la connaissance de ces parties plus obscure. A la vérité, comme toute recherche zootomique a pour but spécial de connaître d'abord la vie propre à chaque animal et de s'élever ensuite, à l'aide de la connaissance de ces diverses modifications que nous offre la vie animale, à la connaissance des lois de la vie considérées d'une manière générale, on doit blâmer le physiologiste qui croit pouvoir déterminer la fonction ainsi que la dénomination d'un organe ou d'un appareil animal, d'après un examen superficiel de sa forme et d'après sa conformité à une partie de l'organisme humain, laquelle conformité n'est souvent que fortuite. On doit au contraire considérer l'organe qu'on étudie 1.o en lui-même; 2.o ses rapports avec le reste de l'organisme; 3.o son mode de développement; mais toujours abstractivement de tout autre organe tant animal qu'humain; de cette manière, les analogies qui ne manquent pas d'exister entre les diverses organisations, en découlent d'elles-mêmes. Si, par conséquent, Cuvier compare les couches moyennes du cerveau du poisson avec les hémisphères du cerveau de l'homme; les couches plus petites et contenues dans les couches moyennes en partie avec les tubercules quadri-jumeaux, et en partie avec les corps striés, seulement à cause de leur identité extérieure, il ne diffère en rien des anciens anatomistes qui croyaient voir dans le cerveau des nates, des testes et d'autres choses semblables.

Une des meilleures monographies du cerveau et

de la moëlle épinière des poissons est la dissertation d'Arsaky (1).

De la Moëlle rachidienne des poissons.

Pour peu qu'on considère la forme de ces animaux, on voit que sous le rapport de la masse, la moëlle rachidienne doit nécessairement l'emporter sur le cerveau. En effet, comme la colonne vertébrale des poissons se compose généralement d'un grand nombre de vertèbres (115 dans l'anguille, 59 dans le brochet, 207 dans le requin) et comme la moëlle rachidienne s'étend du bout supérieur du canal jusqu'à son bout inférieur, où elle se termine en un simple filet, tandis que le cerveau de ces animaux est, ainsi qu'il sera démontré par la suite, si petit que si dans l'homme la masse est à celle du reste du corps comme 1 à 25 ou à 30, elle est ici comme 1 à 560 et même comme 1 à 37440; nous croyons pouvoir établir en thèse générale qu'autant que dans les animaux supérieurs, et particulièrement dans l'homme, la masse du cerveau prédomine sur celle de la moëlle épinière, autant prédomine ici la masse de cette dernière sur celle du cerveau. Mais comme nous voyons dans toute la nature, que plus une organisation est d'un ordre inférieur, moins sa forme semble être astreinte à un type normal, de

(1) *De Piscium cerebro et medulla spinali. Dissert. inaug.: quam consens. ill. fac. med. Hal. public. erudit. exam. subjicit Apostolus Arsaky. Hal.* 1812.

sorte que les espèces d'un seul et même genre affectent souvent les formes les plus anomales ; il ne doit pas nous étonner, de voir dans plusieurs espèces de poissons la forme de la moëlle rachidienne s'écarter de la forme normale. De telles anomalies s'observent dans la moëlle rachidienne du poisson orthragoriscus (*Tetrodon mola*) et dans celle du Baudroie (*Lophius piscatorius*). Chez le premier, elle ressemble, quant à la longueur, à peine au cerveau, et est, relativement à la cavité du canal vertébral, plus petite que celle de tout autre animal ; chez l'autre, sa conformation est à-peu-près la même que celle que nous venons de décrire ; seulement la longueur est, relativement au canal vertébral, un peu plus considérable que chez le premier. Les formes, loin de démentir l'assertion selon laquelle le cerveau ne prédomine que dans les animaux des ordres les plus élevés, semblent au contraire la confirmer, surtout quand on considère qu'elles se trouvent dans les poissons cartilagineux, lesquels l'emportent de beaucoup sur les poissons osseux, et par un développement plus parfait des organes sexuels, respiratoires et sensitifs, et par un type plus relevé du système nerveux en général.

Relativement à la structure de la moëlle rachidienne des poissons, il est aisé de concevoir, sur-tout si l'on se rappelle que les caractères essentiels de la masse nerveuse centrale sont, 1.o la substance ganglionique ; 2.o la structure cave, et que l'absence de ces deux caractères dans la moëlle rachidienne

indique qu'elle est dominée par le cerveau, qu'il existe la plus parfaite harmonie entre la moëlle épinière et le cerveau des poissons et sous le rapport de la substance ganglionique et sous celui de la structure cave. Quant à cette structure cave, laquelle a été bien décrite par Arsaky, qui a le premier démontré la connexion existant entre elle et les cavités vertébrales, elle consiste en un canal étroit, partant des ventricules postérieurs du cerveau et se prolongeant tout le long de la substance rachidienne jusqu'à son extrémité, c'est-à-dire jusqu'à l'origine du filet par lequel elle se termine. Quoique dans les poissons indigènes, comme par exemple dans la carpe, ce canal ne soit, quand on le coupe transversalement, que de la grosseur d'un point d'aiguille, on ne peut pourtant disconvenir que, malgré qu'il ne soit pas beaucoup plus grand dans plusieurs mammifères, comme, par exemple, dans le bœuf, il ne soit ici plus spacieux proportionellement que dans les classes supérieures d'animaux; nouvelle preuve que dans les poissons la structure de la moëlle rachidienne se rapproche du cerveau. Mais ce qui est digne de remarque, c'est la déviation de ce canal de sa forme ordinairement cylindrique, ainsi qu'Arsaky l'a observé dans la torpille (*torpedo-narcke*). Dans ce poisson, Arsaky aperçut une structure cave qui, coupée transversalement, offrait une forme analogue à celle qu'offre le plus souvent la substance grise de la moëlle rachidienne, c'est-à-dire la forme d'une croix dont deux branches sont tournées en haut et

deux autres en bas. Le même auteur dit n'avoir trouvé aucune trace de substance grise dans l'intérieur de cette moëlle, de manière que l'un des caractères essentiels de la masse nerveuse centrale ou la structure cave, semblait, par un développement plus grand, suppléer l'autre caractère principal ou la substance ganglionique. A l'égard de la quantité et de la disposition, la substance ganglionique de la moëlle rachidienne des poissons n'offre rien de particulier; comme chez les autres animaux, elle est distribuée uniformément dans les deux moitiés latérales de cet appareil, de sorte qu'elle occupe l'espace moyen et l'espace intérieur, de manière cependant qu'elle se trouve en plus grande quantité postérieurement, et que dans les lignes tracées par les origines des nerfs, elle s'étend presque jusqu'à la superficie de la moëlle épinière, d'où résulte ordinairement à la face antérieure, comme à la face postérieure, deux raies grises dont celles de la face dorsale sont encore visibles, même chez les oiseaux et chez quelques mammifères. Quant aux fissures, on en aperçoit, comme dans les classes plus élevées, une antérieure et une postérieure, lesquelles divisent toute la substance rachidienne en deux moitiés. La fissure postérieure est ici, comme ailleurs, la plus profonde, tandis que l'antérieure est ordinairement la plus spacieuse.

Du Cerveau des poissons.

Le cerveau des poissons n'est autre chose qu'une

série de ganglions dans lesquels la fissure de la moëlle rachidienne s'efface, et dont aucune paire ne prédomine sur l'autre d'une manière manifeste. Ce cerveau nous offre d'abord le nerf olfactif avec ses ganglions. Ici nous observerons que ce nerf retrace, surtout dans les ordres inférieurs, la structure de la moëlle épinière, et par son volume et par sa structure ganglionique, comme dans les ordres supérieurs la véritable paire de ganglions de ce nerf dénote déjà sa suprématie future, en partie par sa réunion en un seul ganglion, en partie par son accroissement de volume, et en partie par sa structure cave. La seconde masse principale du cerveau de poisson se compose des ganglions du nerf optique. Ce sens étant reconnu comme le plus relevé ou plutôt comme le plus animal, et les ganglions de ce sens surpassant tous les autres ganglions, et en masse et en développement, toutes les fois qu'il n'existe pas de masse centrale plus relevée; il s'ensuit que nous devons trouver dans les ganglions du nerf optique des poissons un développement aussi parfait et aussi divers que dans la masse centrale du cerveau des animaux supérieurs : phénomène parlequel beaucoup d'anatomistes, et même Cuvier, se sont laissés séduire à considérer ces ganglions comme des parties correspondant aux hémisphères du cerveau de l'homme. La troisième masse principale est formée par le véritable ganglion de la moëlle rachidienne, lequel se trouve décrit sous le nom de cervelet, et qui en effet correspond à cette partie

cérébrale de l'homme, mais auquel on ne peut pas appliquer ce nom, par la raison que rarement il est inférieur en grandeur, quelquefois il est même supérieur sous ce rapport au cerveau. Ce ganglion est ici comme partout ailleurs, impair, avec cette modification cependant, que très-souvent il s'y développe des parties latérales dont le développement est à l'unisson de celui de l'organe auditif. Outre cela, on aperçoit dans ce cerveau trois nerfs considérables, savoir : le nerf acoustique, puis deux autres nerfs dont l'un est le nerf maxillaire et le nerf bronchique, ou en d'autres termes, la cinquième et la huitième paire.

Quant à la structure des ganglions du cerveau de poisson en général, on y remarque que tous ces ganglions naissent d'un accroissement des parties latérales et séparées de la moëlle rachidienne, lequel accroissement naît à son tour d'un amas de substance grise, et qui réunit ces parois pour former des renflemens arrondis : structure dont on peut s'assurer lorsqu'on dissèque et déploye complètement un cerveau de ce genre.

De la Moëlle rachidienne et du cerveau des Amphibies.

Nous considérerons premièrement la moëlle rachidienne des grenouilles et des salamandres, lesquelles occupent l'échelon le plus inférieur dans l'échelle de ces êtres.

La moëlle rachidienne de la grenouille verte

(*rana temporaria*) présente la forme d'un cylindre un peu aplati, conique, se terminant en bas et offrant, à l'endroit où sortent les nerfs lombaires, un renflement fort distinct; derrière ce renflement la moëlle rachidienne diminue considérablement, et prend successivement la forme d'un filet ténu, lequel se continue jusqu'à l'extrémité du canal vertébral. Cette moëlle épinière offre, comme celle des poissons, une fissure supérieure et une autre inférieure. Chaque côté donne naissance à dix paires de nerfs, ayant des racines postérieures et antérieures. Sa structure intrinsèque présente la même différence qu'on observe dans celle des poissons, entre la substance ganglionique interne et la substance fibreuse externe; aussi y remarque-t-on le même canal, lequel s'étend tout le long de la moëlle rachidienne, jusqu'au filet par lequel elle se termine.

La longueur de la moëlle rachidienne est, dans les grenouilles et salamandres, à peu de chose près, la même que celle du cerveau de ces animaux, et quoique sa masse paraisse, dans une colonne vertébrale aussi courte, infiniment plus petite comparativement à la moëlle rachidienne des poissons, il ne s'ensuit pas moins de cette largeur que la masse totale de cet organe surpasse de beaucoup celle du cerveau.

Relativement à la moëlle épinière des tortues, lesquelles forment le premier ordre après les batraciens, je n'ai pu examiner que la partie supérieure d'un petit échantillon de la grande tortue des Indes

(*testudo midas*), et il semble résulter de cet examen, que la structure de cet organe est généralement partout la même que chez les poissons et les grenouilles, à cette différence près, que sa grosseur diminue à mesure que, par l'accroissement du nombre des vertèbres, sa longueur augmente.

La moëlle rachidienne de la couleuvre à collier (*coluber natrix*), nous a fait voir qu'aussi chez les serpens il existe une structure peu différente de celle des animaux précédens. Il en était de même de quelques espèces de lézards, soumises à nos recherches, de manière qu'en résumant nous pouvons tirer cette induction, que même dans la classe des amphibies, on remarque encore un certain équilibre entre le cerveau et la moëlle rachidienne.

Du cerveau des Amphibies.

On trouve dans le cerveau de la grenouille verte, à quelques modifications près, le même type qui, chez les poissons, terminait la série des modifications de structure, c'est-à-dire celui de la raie et du requin. Ici, comme dans le cerveau de tout autre animal, on peut distinguer trois masses principales, dont la plus antérieure forme la masse centrale du sens de l'odorat; la seconde celle du sens de la vue, et la troisième, celle du sens locomotif.

La masse antérieure du cerveau de grenouille se compose de deux ganglions, étant d'une couleur grise-rougeâtre, d'une forme ovale, séparés à leur bout postérieur et réunis à leur extrémité antérieure.

Cette extrémité antérieure donne naissance aux nerfs olfactifs. Ces deux ganglions sont, à leur extrémité postérieure, réunis par la commissure antérieure que nous avons vue également dans les ordres inférieurs des poissons, et de même que dans le *Squalus catulus et carcharias*, il existe une cavité considérable dans l'intérieur des ganglions des nerfs olfactifs, de même chez la grenouille, ces ganglions sont creux, et leurs cavités sont, en communication l'une avec l'autre, à la partie antérieure, là où ces ganglions se réunissent. Dans le fond de cette cavité, à l'endroit où les cordons de la moëlle alongée entrent dans la masse principale antérieure; pour se continuer dans le cerveau, il y a un renflement, lequel correspond parfaitement au corps strié des cavités latérales du cerveau humain.

La seconde masse principale du cerveau, ou la masse centrale du sens de la vue nous a paru beaucoup plus simple dans la troisième forme primitive du cerveau des poissons que dans la seconde, et c'est le type que nous retrouvons ici dans le cerveau de grenouille, avec cette différence cependant, que dans cette masse, il se forme encore une partie qui existe constamment dans les ordres suivans, tandis que dans les poissons, elle est à peine perceptible : c'est une paire de ganglions, qui est située entre les ganglions du nerf olfactif et les vraies couches optiques, et qui augmente et en masse et en développement à mesure que la paire antérieure de ganglions se rapproche d'un organe central unique pour le système ner-

veux en général. Quelques filets qui sortent de ces ganglions pour concourir à la formation des nerfs optiques, leur ont fait donner le nom impropre de couches optiques (*thalami nervi optici*), tandis que *Gall* les désigne sous le nom de gros ganglions cérébraux inférieurs. Suivant moi, cette partie doit être considérée comme le seul et unique ganglion de la masse cérébrale antérieure, et c'est pourquoi je l'appelle ganglion des hémisphères. Quant aux couches optiques proprement dites, elles sont à-peu-près à moitié aussi grandes que les ganglions des hémisphères, ou ganglions du nerf olfactif. Elles ne consistent, à proprement parler, qu'en un ganglion unique et creux des parois latérales externes, du bord inférieur duquel sortent les nerfs optiques, comme chez les poissons. Les deux nerfs optiques, naissant du bord inférieur de ce ganglion, et recevant en outre des filets du ganglion des hémisphères, convergent en avant, se croisent, se réunissent à un endroit, et se séparent ensuite en formant un angle obtus. De même que chez les poissons, il y avait, à la face inférieure de la masse centrale du sens de la vue, des renflemens que nous regardons comme des ganglions de l'appendice cérébrale, de même il se présente à la base du cerveau des grenouilles un amas de substance ganglionique, sur lequel amas repose le chiasme des nerfs optiques, et auquel s'attache encore l'appendice cérébrale par les vaisseaux de l'entonnoir. Cette appendice se compose ici de deux parties distinctes : d'une postérieure,

ovale, d'une couleur plus foncée, et d'une antérieure placée traversalement, ayant une forme cylindrique et une couleur blanchâtre. Les nerfs auxiliaires des nerfs optiques, savoir : la troisième, la quatrième, et la sixième paire, se comportent ici comme chez les poissons.

Vient enfin la troisième masse principale, laquelle offre ici une structure extrêmement simple, en ce que dans la jonction des parois latérales et séparées de la moëlle rachidienne, c'est-à-dire, dans le cervelet, il se présente uniquement la fissure de la moëlle rachidienne, ainsi que la terminaison de cette fissure. La fissure des cordons supérieurs de la moëlle rachidienne, provenant particulièrement, de l'élargissement du canal de la moëlle épinière, est d'une grandeur fort considérable et forme le quatrième ventricule. Immédiatement devant les couches optiques, les parois latérales de ce quatrième ventricule se fléchissent l'une vers l'autre et forment, de cette manière, une espèce de cervelet, lequel n'est pourtant qu'une petite bandelette. A cette bandelette, ou plutôt à son bord postérieur, s'attache un organe particulier, ayant la forme d'un cœur, et regardé par moi comme les rudimens de cette structure qui dans les ordres supérieurs d'animaux est propre au cervelet.

Des parois latérales du quatrième ventricule, et sans qu'il y ait d'autres renflemens, sortent les nerfs maxillaires et le nerf vague (nerfs pour lesquels les vaisseaux suivans ne nous offriront plus de

ganglions particuliers) de même que le nerf auditif. Ce dernier commence ici à se présenter d'une manière non équivoque, comme un nerf existant par lui-même, tandis que son nerf auxiliaire, la portion dure, est formé par un faisceau provenant de la racine du nerf maxillaire.

Ce qui est sur-tout digne d'attention, c'est la manière dont se comporte le nerf sympathique avec les nerfs du système central. Ce nerf forme ici, comme chez tous les autres animaux vertébrés, un filet, lequel s'étend tout le long des parties latérales de la colonne vertébrale· Il forme à chaque nerf inter-vertébral un renflement, et souvent un grand nombre de rameaux entrelacés, lesquels sont destinés à pourvoir de nerfs les viscères; mais son passage, ainsi que sa terminaison dans la tête, n'est nulle part plus visible et plus facile à trouver qu'ici. Les mêmes recherches faites sur les salamandres (Lacerta lacustris) nous ont donné essentiellemeut les mêmes résultats, seulement nous trouvons ici la moëlle alongée, à son passage dans les ganglions dn cerveau, un peu courbée, et les ganglions du nerf olfactif plus alongés, moins réunis, et plus cylindriques que chez la grenouille.

Dans la tortue, le cerveau augmente relativement à la moëlle épinière, et montre un degré de développement qui surpasse de beaucoup celui du cerveau de la grenouille. En examinant un petit exemplaire de la grande tortue des Indes, j'ai trouvé

confirmée la description que Cuvier nous a donnée du cerveau de la tortue.

Une description détaillée du cerveau de la couleuvre à collier, nous fera connaître la structure du cerveau des serpents. La paire de ganglions des nerfs olfactifs ou les hémisphères, forme ici une masse bien large et bien grande, relativement aux couches optiques et au cervelet. De cette masse, naissent les nerfs olfactifs, lesquels se portent en avant, et se terminent en renflemens cunéiformes. Les deux moitiés, c'est-à-dire, les deux ganglions de nerf olfactif, sont entièrement séparés l'un de l'autre, unis seulement par une commissure comme chez la grenouille et la plupart des poissons, et offrent dans leur intérieur, une cavité considérable, dans laquelle il y a un renflement analogue au corps strié. Du bord externe de ce renflement, se replie en dedans une membrane d'une structure fibreuse, la couverture des hémisphères, et forme postérieurement une lacune, l'entrée à la cavité. La masse centrale du sens de la vue, se compose ici également des ganglions des hémisphères, et des couches optiques. Entre ces parois s'ouvre en avant la cavité de ces dernières (aqueduc.) Ces ganglions sont marqués à leur face supérieure, par deux raies blanches (les caisses de la glande pinéale), et recouverts entièrement par les hémisphères. La glande pinéale n'est point ici, comme dans la grenouille, un aggrégat de masses isolées ayant la forme d'un faisceau, mais un simple ganglion, petit, ovale, adhérant fortement

aux vaisseaux, s'unissant aux ganglions des hémisphères par deux pédoncules, et formant ainsi une véritable commissure.

Les couches optiques forment une masse unique, arrondie et divisée par une entaille en deux moitiés latérales : elles offrent une cavité considérable, dont l'intérieur ne présente néanmoins aucune proéminence. Du bord externe de cette masse naissent les nerfs optiques, lesquels reçoivent aussi quelques radicules des ganglions des hémisphères, et se réunissent au-dessous des hémisphères en formant un angle assez aigu, et en s'écartant ensuite de nouveau. A la base de la masse centrale du sens de la vue, derrière le chiasme des nerfs optiques, se trouve la masse grise de l'entonnoir (*infundibulum*), laquelle forme une éminence arrondie et que nous regardons comme le ganglion de l'appendice cérébrale.

C'est dans le quatrième ordre des amphibies, ou dans les lézards, que le cerveau acquiert un si haut dégré de développement, qu'il est impossible de méconnaître le rapprochement évident du cerveau de l'oiseau. Une description exacte du cerveau de l'iguane (Lacerta iguana) et une du cerveau d'un jeune crocodile, prouveront la vérité de cette opinion. Dans l'un et l'autre cerveau, la masse principale antérieure est d'une grandeur considérable et composée presqu'uniquement de substance ganglionique. Dans l'iguane, cette masse est plus ovale; dans le crocodile, elle est plus élargie: elle consiste en deux ganglions lesquels sont réunis par une petite ban-

delette, qui correspond à la commissure antérieure du cerveau de l'homme. Chaque ganglion renferme une grande cavité, avec une ouverture postérieure, et dans cette cavité il y a un gros ganglion destiné à fournir leur couverture. La seconde section du cerveau se compose aussi ici de deux ganglions (ganglions des hémisphères) et des couches optiques proprement dites. Ces dernières ont à-peu-près la même forme que chez les tortues et les serpents. Quant à la troisième masse principale, on remarque en elle la même courbure convexe et dirigée en bas, qu'on observe dans la moëlle alongée. Cette courbure convexe semble constituer un caractère propre aux amphibies; ainsi qu'aux oiseaux, puisque chez les mammifères elle est concave. Le cervelet est dans l'iguane encore un simple filet médullaire; recouvert de substance grise et entièrement solide, au lieu que dans le crocodile, ce filet forme un nœud creux, dont la face interne est revêtue de substance médullaire, tandis que la face externe, est recouverte de substance ganglionique.

(*La suite à un prochain Numéro.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE.

TRAITÉ

DES MALADIES DES ARTÈRES ET DES VEINES;

Par JOS. HODGSON, *membre du Collège Royal des Chirurgiens, et de la Société Medico-Chirurgicale de Londres. Traduit de l'anglais, et augmenté d'un grand nombre de notes, par* GILBERT BRESCHET.

(SECOND ET DERNIER ARTICLE.)

Après les considérations générales sur les anévrysmes, que nous avons fait connaître dans un de nos derniers numéros, M. Hodgson se trouve amené naturellement à traiter de ces maladies en particulier.

SECT. V. Elle est consacrée à l'examen de *l'anevrysme de l'artère carotide*. On a reconnu que l'oblitération de l'artère carotide commune n'est pas suivie de dérangement dans les fonctions du cerveau, et qu'on pouvait guérir les anévrysmes de ce vaisseau par sa ligature. Plusieurs fois on a trouvé le tronc de cette artère entièrement oblitéré, et cependant la circulation s'était entretenue dans ses branches au moyen des anastomoses. Haller, Petit, Baillie, MM. Pelletan, Ast. Cooper en ont rapporté des exemples que M. Hodgson a rassemblés, et que le lecteur ne lira pas sans intérêt. D'une autre part, les expériences en physiologie ont appris que les

animaux survivent à la ligature des deux artères carotides, cependant les inductions importantes qu'on pouvait tirer de ces faits n'avaient pas été jusque-là appliquées au traitement des anévrysmes. M. Ast. Cooper fut le premier qui, dans cette vue, lia l'artère carotide; cette opération ayant été plusieurs fois couronnée de succès, on peut la regarder avec raison comme une des découvertes les plus importantes de la chirurgie moderne. Ce fut le 23 octobre 1805 que M. Cooper lia pour la première fois l'artère carotide pour un cas d'anévrysme. Le sujet de son observation était une femme âgée de 44 ans, qui mourut dix-neuf jours après l'opération, de l'inflammation du sac anévrysmal et des parties adjacentes. En 1808 M. Cooper répéta cette opération, et son résultat confirma la justesse des principes qui l'avaient fait entreprendre; en moins de trois mois le malade fut complètement guéri et put reprendre son métier de porteur. La ligature de l'artère carotide primitive fut ensuite pratiquée avec succès par M. Travers, pour un cas d'anévrysme par anastomose dans l'orbite; par un ami de M. Hodgson, pour une blessure de l'artère carotide et par un chirurgien dont parle M. Hebenstreit pour un cas semblable. M. Hodgson donne les signes de l'anévrysme de l'artère carotide, parle de l'influence fâcheuse que la tumeur exerce sur les parties voisine par son développement, et rapporte des observations qui démontrent clairement combien il est avantageux de faire l'opération dans ce cas, lorsque la tumeur est petite,

et qu'elle ne peut pas produire d'irritation sur les organes importans situés dans son voisinage. Indépendamment des effets directs produits par la pression de la tumeur sur le larynx et le pharynx, la toux constante qui accompagne les anévrysmes volumineux de la carotide peut faire déchirer l'adhérence récente de l'extrémité de l'artère liée, et produire ainsi une hémorrhagie secondaire.

L'auteur indique les cas qui peuvent nécessiter la ligature de l'artère carotide; il rapporte une observation d'Abernethy dans laquelle ce célèbre chirurgien lia la carotide pour un cas de blessure de plusieurs de ses branches par un coup de corne de vache. Il fait des remarques importantes sur la circulation collatérale dans l'intérieur du crâne et sur la disposition des vaisseaux de l'encéphale : après quoi il décrit avec soin le procédé opératoire que l'on doit suivre pour découvrir et lier l'artère carotide. M. le docteur Bieschet a rapporté, à la fin de cette section, une observation de ligature de l'artère carotide faite avec succès par M. Post, chirurgien de New-York, pour un cas d'anévrysme, et que M. Hodgson avait placée dans l'appendice de son ouvrage. On consultera avec avantage une savante note historique que le traducteur a jointe à cette section, et dans laquelle il fait l'énumération des divers cas dans lesquels la ligature de l'artère carotide a été faite avec ou sans succès. Il ne fait que citer les uns, pour exposer les autres avec quelques détails, lorsqu'ils n'ont pas été rapportés dans le cours

de l'ouvrage anglais. Voici l'ordre de date dans lequel cette opération a été pratiquée. 1.o par Abernethy; 2.o par M. Ast. Cooper dans deux cas; 3.o par M. Benjamin Travers; 4.o par M. Cline; 5.o par le chirurgien dont parle M. Hodgson; 6.o par le docteur Prost; 7.o par M. Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu; par MM. Lallement, Marjolin, Murat et Baron à l'hospice de la Salpétrière; par M. Giroux; 8.o par MM. Dupont et Serra, à l'hôpital de Truxillo; 9.o par M. Charles Collier, chirurgien anglais; 10.o par William Goodlad; 11.o par M. Dalrymple, dans deux cas d'anévrysme par anastomose dans l'orbite; 12.o par M. Wardrop; 13.o de nouveau par M. Dupuytren; 14.o par M. Walther de Landshut, en Bavière.

SECTION VI. *Des anévrysmes des artères axillaire et sous-clavière.* Nous possédons un grand nombre d'observations qui constatent que le bras a reçu une quantité suffissante de sang pour sa nourriture après l'oblitération des artères sous-clavière et axillaire. M. Hodgson en rapporte des exemples qu'il a puisés dans divers ouvrages de chirurgie; dans ces cas d'oblitération, la seule circonstance extraordinaire qu'on ait observée pendant la vie des malades fut l'absence du pouls au poignet. Les membres étaient bien nourris, malgré l'étendue considérable de l'oblitération de la principale artère, même avant qu'elle eût donné naissance à aucune branche. M. Hodgson examine la manière dont la circulation se fait dans les différens cas d'oblitération des artères axillaire et et sous-clavière; il cite des cas de blessure de ces

artères dans lesquels la ligature n'a pas interrompu la circulation dans le membre, et lorsque celui-ci est tombé en gangrène, cet accident n'a dû être imputé qu'à la ligature des cordons nerveux.

L'auteur expose ensuite le traitement chirurgical des anévrysmes de l'artère axillaire. Lorsqu'un anévrysme, dit-il, provient de cette artère, non loin de l'origine de la brachiale, et lorsque la maladie a fait encore peu de progrès, il est possible de lier l'artère entre la clavicule et la tumeur; mais quand la tumeur est volumineuse ou quand elle naît de l'artère axillaire près de l'origine de ce vaisseau, il est impossible de faire l'opération dans cet endroit; dans ces circonstances le chirurgien doit entreprendre la ligature de l'artère sous-clavière. Deux opérations sont donc praticables pour les anévrysmes axillaires, et le choix de l'une des deux sera déterminé par l'étendue et la situation de la maladie. Dans certains cas on fera la ligature de l'axillaire, dans les autres on aura recours à celle de la sous-clavière. Il se propose de déterminer les cas où chacune de ces opérations est requise, et de décrire la manière dont elles doivent être respectivement exécutées. Après avoir fait observer que les anévrysmes de l'artère axillaire se rencontrent rarement dans cette première période, où il y a possibilité de lier l'artère entre la tumeur et la clavicule, il rapporte deux exemples de ligature de l'artère axillaire faite au dessous de la clavicule, par M. Keate, avec succès, et par M. Pelletan, sans succès; il décrit avec beaucoup

d'exactitude le procédé à suivre pour lier l'artère axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule. Nous avons plusieurs fois opéré sur le cadavre par le procédé de M. Hodgson : il nous paraît moins commode que celui recommandé par M. le professeur Béclard dans ses Cours d'opérations.

Quand un anévrysme naît de l'artère axillaire, à l'origine de ce vaisseau, ou quand la tumeur de l'aisselle est très-volumineuse, on ne peut lier l'artère au-dessous de la clavicule, il devient nécessaire de faire la ligature de l'artère sous-clavière. Cette opération est facile lorsque la tumeur a peu de volume, mais quand elle a acquis de grandes dimensions, il est très-difficile, quelquefois même impossible de passer une ligature au-dessous du vaisseau. M. Ast. Cooper a été lui-même forcé d'abandonner l'opération dans un semblable cas. M. Hodgson pense cependant qu'on devrait opérer, quand même la clavicule serait sortie de sa position naturelle ; il propose pour ce cas, ou l'instrument qu'imagina Desault pour passer une ligature autour des vaisseaux profondément situés, et qui fut utilement modifié par M. Henri Earle, ou bien l'instrument de M. Watt. Il recommande de serrer la ligature avec deux instrumens composés chacun d'une petite tige d'acier, percée au bout et fixée sur un manche, chacune des extrémités de la ligature étant passées à travers une de ces tiges et liées autour du manche de l'instrument, de sorte qu'on peut faire les nœuds, sans introduire les doigts dans le fond de la plaie. Il rap-

porte ensuite dans tous ses détails l'observation de Ramsden qui pratiqua le premier la ligature de l'artère sous-clavière en 1809. Cette observation est intéressante, bien que le résultat n'en ait pas été heureux. Elle montre les dificultés que l'on éprouve à faire l'opération lorsque la tumeur est volumineuse, et la clavicule déplacée ; elle fait voir que la circulation du membre peut continuer après la ligature de l'artère sous-clavière. En 1811, l'artère sous-clavière fut liée à l'hôpital de Londres par William Blizard, pour un cas d'anévrysme de l'artère axillaire ; le malade mourut le quatrième jour. M. S. Cooper a vu un cas où le chirurgien lia un des nerfs cervicaux qu'il prit pour l'artère sous-clavière. Après avoir indiqué les rapports et la situation précise de l'artère sous-clavière, M. Hodgson décrit le procédé opératoire qu'il faut employer pour découvrir et lier ce vaisseau en dehors du muscle scalène ; il signale les dangers particuliers qui accompagnent sa ligature sur le côté interne du même muscle, et indique les moyens par lesquels on pourrait arriver à ce vaisseau.

On a proposé de lier l'artère innominée dans des cas d'anévrysmes de l'artère sous-clavière ; d'après des expériences faites sur le cadavre et sur des animaux, M. Hodgson pense que le cerveau et le bras recevraient la quantité de sang qui leur est nécessaire, malgré l'oblitération de l'artère innominée. Cependant il regarde la ligature de ce tronc commun et celle de l'artère sous-clavière au côté interne

du scalène comme extrêmement périlleuse. Il a jugé nécessaire de décrire ces opérations, parce qu'il se rencontre des cas où le devoir d'un chirurgien est de les entreprendre. M. Breschet, à l'appui de l'opinion de son auteur, rapporte en note, l'observation d'un anévrysme de l'artère axillaire, guéri par la ligature de ce vaisseau au-dessus de la clavicule, par Richard Chamberlaine.

SECTION VII. *Des Anévrysmes des artères brachiale, radiale et cubitale.* — Ce fut seulement à la fin du siècle dernier que l'on démontra les canaux par lesquels la circulation continue à avoir lieu dans le membre après l'oblitération de l'artère humérale, bien que la ligature de cette artère ait été décrite avec assez d'exactitude par quelques-uns des plus anciens auteurs de chirurgie. Molinelli et White prouvèrent les premiers que les anastomoses entre les branches de la brachiale et les artères récurrentes radiale et cubitale pouvaient fournir à l'avant-bras la quantité de sang nécessaire pour sa nourriture, après l'oblitération de l'artère brachiale. M. Hodgson donne ici la description de ces vaisseaux et de leurs anastomoses; il indique les cas où la ligature de l'artère humérale peut être nécessaire; il fait observer que presque tous les anévrysmes du bras sont produits par une violence accidentelle, et que c'est dans les plaies et dans les anévrysmes provenant de plaies, que la ligature de l'artère brachiale est indiquée. Il indique la manière de faire la ligature de l'artère brachiale à la partie moyenne du bras; on lira avec

fruit les observations qu'il fait sur cette ligature, dans les cas où l'artère radiale ou l'artère cubitale naissent de la brachiale au-dessus du pli du bras. Il expose ensuite le traitement chirurgical des anévrysmes des artères radiale, cubitale et inter-osseuse; indique les cas dans lesquels ils peuvent être guéris par la ligature de l'artère brachiale et ceux où il devient indispensable de faire la ligature immédiatement au-dessus de la tumeur; il donne les moyens de découvrir et de lier ces artères; il termine cette section par l'exposé d'un cas d'anévrysme de l'artère axillaire dans lequel on a fait la ligature de l'artère sous-clavière; cette observation a été communiquée à l'auteur par M. Thomas Blizard, qui a pratiqué lui-même l'opération. M. Hodgson a joint à cette observation une longue note qui lui a été envoyée par le docteur John Thomson, professeur de chirurgie militaire à l'université d'Edimbourg, et présente un exemple remarquable d'oblitération des artères brachiale, radiale, cubitale, fémorale, poplitée, tibiale, observée sur un homme de trente-six ans.

SECTION VIII. *Anévrysme inguinal.*—M. Hodgson rapporte d'abord des cas dans lesquels les artères iliaques externes et fémorales étaient oblitérées, et qu'il a tirés pour la plupart des ouvrages de Marc-Aurèle Severin, Guattani, Duncan. Il décrit les canaux par lesquels la circulation du membre se continue après l'oblitération de l'artère iliaque externe; rapporte à l'appui de ses descriptions ana-

tomiques, des observations pathologiques fort intéressantes sur des anévrysmes de l'artère fémorale, etc. Les anévrysmes inguinaux avaient été regardés comme incurables jusqu'en 1796, époque à laquelle M. Abernethy fit l'opération de la ligature de l'artère iliaque externe. Quoique les deux premières opérations de M. Abernethy aient eu des suites malheureuses, observe M. Hodgson, elles n'en démontrent pas moins que le membre pouvait recevoir la quantité de sang qui lui était nécessaire, même après la ligature de l'artère iliaque externe, et elles encouragèrent à la répéter. Ses avantages sont maintenant établis par des observations nombreuses où elle a été pratiquée avec un succès complet. Voici l'énumération des cas dans lesquels la ligature de l'artère iliaque externe a été pratiquée; ligature faite, 1.o par M. Abernethy, dans quatre cas d'anévrysmes inguinaux. Deux des malades se rétablirent complètement, les deux autres moururent;

2.o Par M. Freer, de l'hôpital de Birmingham, avec un succès complet, sur un homme de vingt-sept ans;

3.o Par M. Tomlinson, de Birmingham, avec succès sur un homme âgé de 40 ans;

4.o Par M. Astley Cooper dans six cas d'anévrysmes inguinaux et fémoraux. Quatre malades se rétablirent complètement, le cinquième mourut par suite d'une rupture d'un anévrysme de l'aorte. Chez le sixième, la jambe se mortifia et l'on fut obligé de recourir à l'opération;

5.o Par M. Delaporte, à l'hôpital de la marine à Brest. Le malade âgé de 60 ans, mourut le quatorzième jour ;

6.o Par M. Goodlad de Bury, le 29 juillet 1811. Le malade fut guéri au bout n'un mois ;

7.o Par M. Dorsey, chirurgien de l'hôpital de Philadelphie, le 19 août 1811, sur un homme de 30 ans, affecté d'un anévrysme à l'aine. Le malade guérit.

8.o Par M. Ramsden, à l'hôpital de St.-Barthélemi, en 1812. Le malade âgé de 64 ans, mourut le troisième jour après la ligature ;

9.o Par M. Albert, à l'hôpital d'Yorck, en 1812. Le membre se mortifia et le malade mourut trois semaines après l'opération ;

10.o Par M. Brodie, à l'hôpital St.-George, en 1815. Le malade guérit parfaitement ;

11.o Par M. Norman, à l'hôpital de Bath, en 1813. Le malade se rétablit ;

12.o Par M. Bouchet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1812. Cette opération guérit le malade d'un anévrysme inguinal du côté droit, mais au bout de quelques mois, une tumeur semblable s'étant développée sur le membre opposé, elle s'accrut avec une telle rapidité que l'opération ne put pas être pratiquée, et le malade succomba à cette seconde affection ;

13.o Par M. Lawrence, à l'hôpital de St.-Barthélemi, le 8 janvier 1814. Le malade se rétablit complètement :

14.o Par M. Moulaud, en 1815, à Marseille, sur un homme âgé de 30 ans : le malade guérit;

15.o Par M. Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu en 1815, pour un anévrysme inguinal. Le malade se rétablit;

16.o Par M. Collier, en 1815, sur un soldat anglais blessé d'un coup de feu à la cuisse. Le malade périt quatre jours après l'opération;

17.o Par M. Smith Soden, en 1816, pour une tumeur anévrysmale à l'aine. L'opération a réussi;

18.o Par M. Cole, chirurgien anglais, en 1817, sur un soldat de son pays. Le malade guérit.

On voit d'après tous ces faits que la ligature de l'artère iliaque externe est une de celles qui ont le mieux réussi, puisque sur vingt-six cas, cette opération a été suivie de succès dans dix-sept. M. Hodgson décrit avec beaucoup de précision, les deux procédés principaux de lier l'artère iliaque externe; celui de M. Abernethy et celui de M. Astley Cooper. Il accompagne ses descriptions de remarques pratiques fort intéressantes.

Section IX. *Des Anévrysmes des artères fessière et ischiatique.* — Les anévrysmes de l'artère fessière ont été généralement reconnus comme incurables, et le seul cas où la guérison de cette maladie ait été obtenue par une opération, est rapporté par M. John Bell. Ce célèbre praticien ouvrit un anévrysme énorme provenant d'une plaie de l'artère iliaque postérieure, et lia le vaisseau divisé; après divers accidents, le malade finit par se rétablir.

Le docteur Stevens, de l'île Ste.-Croix, a guéri sur

une négresse, un anévrysme de l'artère fessière, par la ligature de l'artère iliaque interne. M. Hodgson rapporte cette observation curieuse que lui a communiquée M. Stevens. Il décrit ensuite l'opération qu'il faudrait pratiquer dans un semblable cas, et avoue n'avoir jamais rencontré de difficulté pour faire la ligature de l'artère iliaque interne, en suivant la méthode du docteur Stevens.

SECTION X. *Des Anévrysmes des artères fémorale, poplitée et tibiale.* — M. Hodgson considère d'abord la manière dont le sang est conduit dans le membre quand l'oblitération de l'artère fémorale est située au-dessous de l'origine de la profonde. Il signale l'erreur des anciens sur la disposition de l'artère crurale, et reconnaît avec tous les bons praticiens que les branches perforantes de la profonde et les artères articulaires du genou sont les canaux par lesquels la circulation se continue dans ce cas; il fait remarquer le rôle que jouent aussi dans l'entretien de la circulation les artères musculaires qui naissent entre la ligature et la profonde, et cite à l'appui de ses assertions des observations d'anatomie pathologique tirées spécialement des ouvrages des chirurgiens français et anglais. Il passe ensuite en revue les différens modes de ligatures de l'artère fémorale. Hunter, comme on sait, liait cette artère immédiatement avant son passage entre le troisième adducteur; mais dans cet endroit elle est profonde, difficile à découvrir, près de la maladie à laquelle elle peut participer: ces raisons suffisent

bien certainement pour donner avec l'auteur la préférence à la méthode des modernes qui consiste à lier ce vaisseau à quatre ou cinq pouces au-dessous de l'arcade crurale, sur le bord interne du muscle couturier. Il décrit méthodiquement cette opération. Ici M. le docteur Breschet a joint à sa traduction une note fort étendue et intéressante sur le nombre, la nature, le volume, les effets des ligatures qu'on a employées pour l'opération de l'anévrysme. Nous engageons nos lecteurs à lire cette note ; elle est bien rédigée, seulement les deux observations qui s'y trouvent et sont tirées de la pratique de M. Ast. Cooper et de M. le docteur Aussandon auraient pu sans inconvénient être un peu plus concises.

Dans les cas d'anévrysmes de la partie supérieure des artères tibiales, M. Hodgson conseille de lier l'artère fémorale suivant le procédé ordinaire. Il a vu trois fois l'opération réussir dans de semblables cas. Mais lorsqu'un anévrysme est situé à la partie inférieure de la jambe, il devient nécessaire de lier l'artère qui lui a donné naissance près de la tumeur. On a assuré à M. Hodgson, que l'artère tibiale ayant été liée à la partie moyenne de la jambe, pour un anévrysme situé à l'articulation du pied, la pulsation et l'accroissement de la tumeur n'en avaient pas moins continué après l'opération. L'auteur décrit les modes de ligature des artères tibiales antérieure et postérieure dans les différentes parties du membre, et donne en note deux observations curieuses ; l'une est un cas d'anévrysme de l'artère poplitée qui fut

guéri par le professeur Assalini de Milan, au moyen de la compression faite immédiatement sur le vaisseau, pendant soixante heures seulement, avec un instrument compresseur particulier; l'autre est l'histoire d'une blessure de l'artère péronière traitée avec succès par M. George Guthrie, sur un soldat anglais blessé d'un coup d'arme à feu à la malheureuse bataille de Waterloo.

SECTION XI. *De l'Anévrysme par anastomose, et des tumeurs anomales qui proviennent des artères malades.* — L'affection particulière, appelée par John Bell, anévrysme par anastomose, peut être avec raison rangée parmi les maladies des artères. Elle est formée par un amas de petites cellules dans lesquelles des artères versent du sang, qui est ensuite reçu par des veines ou d'autres artères, en sorte que sa structure est semblable à celle du pénis, du placenta ou de la rate; elle est en général accompagnée de pulsation ou d'une sensation de vibration qui ressemble à celle que l'on observe dans la varice anévrysmale. M. Hodgson parle successivement des causes, des symptômes, du développement de cette affection; de l'opinion des auteurs sur sa nature intime. Son traitement consiste à enlever la tumeur, s'il y a possibilité, ou bien à lier le tronc artériel principal qui la nourrit. Ce dernier procédé a réussi à M. Travers dans un cas extrêmement intéressant; ce célèbre chirurgien, ayant eu à combattre une tumeur variqueuse anévrysmale développée dans l'orbite, pratiqua la ligature de l'ar-

tère carotide primitive correspondante : la tumeur diminua de volume et finit par disparaître. Pratiquée en France, cette opération n'a pas eu un résultat aussi heureux. M. Breschet rapporte en note une observation à-peu-près semblable à celle de M. Travers. Elle appartient à M. Dupuytren, qui est venu la lire tout récemment à l'Académie Royale des Sciences. Les détails en sont trop intéressans pour qu'on puisse l'analyser, nous y renvoyons nos lecteurs ; il nous suffira de dire qu'après la ligature de l'artère carotide, les mouvemens alternatifs d'expansion et d'affaissement ont reparu dans la tumeur qui occupait l'oreille droite.

M. Hodgson traite d'une difformité congéniale qui ressemble beaucoup à la maladie précédente, et qui consiste dans un amas de vaisseaux dilatés ou de cellules distendues par l'afflux du sang. Cette affection, décrite spécialement par M. Abernethy, et dont on trouve des observations dans les ouvrages des professeurs Pelletan et Boyer, peut être parfaitement guérie par la compression. Il donne la description d'une tumeur sanguine anomale rapportée par Pott, et située au gras de la jambe. Il termine cette section en rapportant trois observations sur de semblables tumeurs, et pense que les artères principales ne sont pas toujours intéressées dans la production de cette maladie ainsi que l'avance Pott ; il est probable, dit-il, que la tumeur est due à la rupture de quelques-unes des plus petites artérioles. L'extirpation paraît être la seule manière convenable de traiter cette affection.

TROISIÈME PARTIE.

SECTION I.ere *De la blessure des artères.*—M. Hodgson examine d'abord comment se guérissent les simples piqûres et les plaies peu étendues des artères. Il admet avec Jones que les bords de la plaie de l'artère s'enflamment et laissent exsuder une lymphe coagulable qui les réunit par inflammation adhésive, comme cela se remarque pour les autres parties, la continuité du canal est conservée. Dans les plaies transversales étendues ou dans les divisions complètes des artères, un procédé bien différent a lieu. La rétraction du vaisseau empêche le rétablissement de la continuité du tube et la réunion de ses bords divisés. L'hémorrhagie est supprimée par l'oblitération du canal de l'artère, et le sang est conduit par les branches collatérales aux parties qu'il est destiné à nourrir.

L'auteur expose ensuite les opinions de J. L. Petit, de Morand, de Sharp, de Pouteau, de Gooch, de White, de Aikin, de Kirkland, de J. Bell, sur les procédés qu'emploie la nature pour arrêter les hémorrhagies dans ces cas. Dans la plupart de leurs théories, ces auteurs attribuent la suppression de l'hémorrhagie à une cause particulière, mais les belles expériences de Jones, celles de M. le professeur Béclard prouvent que cet effet est accompli par le concours de plusieurs opérations successives, telles que la rétraction et la constriction de l'artère, la formation d'un caillot à son ouverture, l'inflammation

et la consolidation de ses extrémités par un épanchement de lymphe coagulable dans l'intérieur de son canal, entre ses membranes et dans le tissu cellulaire qui l'environne. M. Hodgson considère en particulier chacune de ces circonstances, et passe à l'examen des agens artificiels mis en usage pour supprimer l'hémorrhagie, tels que les styptiques, les caustiques, la compression, la ligature. Il donne de chacun de ces moyens des idées exactes et par fois neuves, auxquelles nous renvoyons le lecteur. Dans une des parties précédentes de cet ouvrage, il a considéré l'opération de la ligature en général ainsi que son meilleur mode d'application; il présente dans cette section des observations qui ont rapport à son emploi dans les blessures des artères. Il fait ressortir la nécessité de lier les deux extrémités du vaisseau aussi près que possible de la plaie de ses membranes, toutes les fois qu'une artère d'un volume considerable est lésée; il montre les graves inconvéniens qui peuvent résulter de cette ligature lorsqu'elle est faite loin de la plaie artérielle, ou quand on se contente de lier simplement le tronc principal, comme on le fait pour les anévrysmes que l'on opère à la méthode dite de Hunter. Il pense que cette opération ne mettra pas le malade à l'abri de l'hémorrhagie qui peut avoir lieu, soit par le bout inférieur du vaisseau, soit même par le bout supérieur, dans lequel le sang peut se rendre en parcourant les canaux d'anastomoses qui s'ouvrent dans le tronc, entre la ligature et la plaie. Il apporte tou-

jours des observations en faveur des préceptes qu'il donne. Cependant ici la pratique des chirurgiens anglais ne se trouve pas entièrement d'accord avec celle de plusieurs chirurgiens français, qui ont lié avec le plus grand succès les troncs artériels principaux dans des cas de blessure de quelqu'une de leurs branches. M. Hodgson fait encore ici quelques observations sur la circulation collatérale.

SECTION II. *Des Anévrysmes résultans de la blessure des artères.* — M. Hodgson parle d'abord de l'épanchement du sang artériel dans le tissu cellulaire et expose les diverses causes et les variétés de cette maladie, à laquelle on a donné généralement le nom d'*anévrysme diffus* : il fait observer que le traitement de l'anévrysme diffus doit être le même que celui d'une plaie artérielle récente accompagnée d'une hémorrhagie externe; il signale les grandes difficultés que présente souvent dans ces cas la ligature des deux extrémités du vaisseau blessé, et indique le procédé à suivre pour exécuter cette opération.

Il observe ensuite d'après plusieurs célèbres praticiens français et anglais, que les plaies longitudinales des artères guérissent bien plus facilement que celles qui sont obliques ou transversales; il expose le mécanisme de la formation et les causes de ces tumeurs sanguines qui arrivent après la blessure des artères et qu'on désigne sous les noms d'*anévrysmes faux circonscrits*. Il indique les procédés curatifs qu'il faut employer dans ces cas : ce sont

spécialement la compression et la ligature. Il donne une observation de M. Gooch sur un cas de guérison spontané d'un anévrysme faux consécutif; Saviard, Petit, Foubert, Scarpa et Jones rapportent des observations à-peu-près semblables, lesquelles viennent à l'appui de ces modes de guérison pour les anévrysmes qui sont le résultat de la blessure des artères.

Il est inutile, selon M. Hodgson, dans les anévrysmes circonscrits provenant des artères lésées, d'ouvrir le sac et de lier les deux bouts du vaisseau dans cet endroit, parce que la ligature, à une certaine distance de la tumeur, produira aussi efficacement la guérison de ce genre d'anévrysme que de celui qui est la conséquence d'un état morbide des parois artérielles.

Section III. *Varice anévrysmale et anévrysme variqueux.* — Quand une veine est percée par un instrument tranchant qui divise en même-temps l'artère sous-jacente, de manière à former entre ces deux vaisseaux une communication directe par laquelle le sang passe de l'artère dans la veine et dilate cette dernière comme un sac, on donne à la maladie le nom de *varice anévrysmale.* M. Hodgson expose les symptômes de cette affection décrite pour la première fois par W. Hunter; elle se remarque presque toujours au pli du bras et reconnaît pour cause une saignée dans laquelle la veine a été transpercée et l'artère ouverte. Il rapporte deux observations fort curieuses: la première lui a été communiquée par M. Barnes d'Exeter.

C'est un cas de varice anévrysmale survenue à la partie supérieure de la cuisse et qui reconnaissait pour cause l'introduction d'une verge de fer pointue à travers la veine et l'artère fémorale. La seconde observation a été recueillie par M. Hodgson. Elle présente l'histoire d'une varice anévrysmale survenue à la suite d'une blessure de l'artère et de la veine poplitées, par une balle de pistolet. M. Breschet a eu soin de consigner ici dans une note deux autres observations d'anévrysmes variqueux des membres inférieurs; l'une appartient à M. Larrey, l'autre a été publiée par le docteur Dorsey de Philadelphie. Le premier de ces deux célèbres chirurgiens a de plus montré à la Faculté de Médecine un grenadier qui portait un anévrysme variqueux, suite de blessure de l'artère et de la veine sous-clavières. Il avait déjà observé un semblable cas chez un invalide qui avait reçu un coup d'épée à l'aisselle droite. Le seul mode de traitement qu'on ait jusqu'à présent employé pour la guérison de la varice anévrysmale, est la compression. M. Hodgson rapporte, d'après plusieurs chirurgiens, des cas où ce moyen a complètement réussi ; il établit ensuite la différence qui existe entre la *varice anévrysmale* et l'*anévrysme variqueux* ; cette distinction nous a paru un peu subtile, et nous pensons que M. Hodgson aurait pu se dispenser de l'établir, ces affections n'étant que deux simples variétés de la même maladie.

M. Hodgson pense que dans les cas ou l'anévrysme variqueux exigerait une opération, la simple

ligature de l'artère au-dessus de la tumeur, suffisait pour la guérison de cette maladie, ainsi que cela a lieu par le même moyen dans les anévrysmes circonscrits. M. le docteur Breschet ne partage pas à cet égard, l'avis du chirurgien anglais, et rapporte pour motiver son opinion, une observation qui démontre la nécessité de lier dans ce cas l'artère, non seulement au-dessus, mais encore au-dessons de la tumeur. Cette observation nous a paru mériter beaucoup d'intérêt, et c'est le seul exemple que nous connaissions d'opération pratiquée pour un anévrysme variqueux, selon la méthode que Hunter employait pour les anévrysmes vrais. M. Park de Liverpool et le docteur Physick de Philadelphie ont pratiqué cette opération par l'ouverture de la tumeur et la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la maladie.

Quatrième partie. Maladies des veines.

SECTION I.re *Inflammation des veines.* — Les veines sont sujettes aux mêmes altérations morbides que les parties molles en général. Quand une veine est blessée, l'inflammation qui en est la suite, s'étend quelquefois le long de sa membrane interne, jusque dans les principaux troncs veineux, et dans quelques cas jusqu'à la membrane qui tapisse les cavités du cœur. Cette inflammation suivant M. Hodgson, peut produire une exsudation lymphatique, l'adhérence des parois des veines et leur transformation en un cordon, ou bien donne lieu à

une véritable exudation purulente, qui tantôt est mêlée au sang en circulation, et qui dans d'autres cas forme une chaîne d'abcès dans le trajet de la veine. Les symptômes de l'inflammation des veines sont exposés; M. Hodgson fait remarquer les rapports qu'ils ont avec ceux de la fièvre typhoïde, et rapporte une observation intéressante de cette affection. Il cite encore plusieurs exemples plus ou moins remarquables de l'inflammation des veines, et finit cette section par l'exposition du traitement qui convient à cette affection; c'est le traitement anti-phlogistique général et local. M. Breschet a complété cette partie de l'ouvrage anglais, par une note fort étendue dans laquelle il donne d'abord quelques détails historiques sur l'inflammation des veines; voici l'ordre dans lequel il envisage son sujet. Il traite dans autant de sections distinctes, 1.o *de l'inflammation des veines produites par la phlébotomie*; 2.o *de l'inflammation des veines produites par leur ligature, et par l'excision des veines*; 3.o *de l'inflammation des veines à la suite des amputations*; 4.o *de l'inflammation des veines à la suite de la ligature du cordon ombilical*; 5.o *de l'inflammation des veines crurales à la suite des couches*; 6.o *inflammation des veines de l'utérus et des ovaires, à la suite de l'avortement*; 7.o *de l'inflammation des veines, par leur communication directe ou leur contact avec d'autres tissus malades*; 8.o *de l'inflammation des veines produite par une métastase*; 9.o *de l'inflammation des veines par des*

causes mécaniques ou chimiques, la présence des vers etc.; 10.° *description générale de la phlegmasie des veines;* 11.° *des caractères anatomiques des inflammations des veines*. Il admet dans cette dernière section, que les inflammations se présentent sous les formes suivantes : *A, Inflammation adhésive. B, Inflammation suppuratoire. C, Inflammation ulcéreuse. D, Inflammation gangréneuse. E, Inflammation éliminatoire.* 12.° Enfin il expose le *traitement de l'inflammation des veines*. Cet article additionnel du traducteur est fait avec beaucoup de soin; il renferme une foule de recherches et d'observations dignes du plus grand intérêt, et qui sont extraites pour la plupart, des ouvrages des plus célèbres chirurgiens français ou étrangers. Il nous a semblé seulement, que les divisions que l'auteur a établies dans les inflammations des veines, sont trop multipliées et qu'on aurait pu sans inconvénient en réduire le nombre, ce qui aurait simplifié le travail, et fait éviter quelques répétitions. Les bornes d'un simple extrait ne nous permettent pas de l'analyser; nous y renvoyons avec plaisir nos lecteurs.

SECTION II. *Des divers états morbides des membranes des veines.* — Dans cette section qui est fort courte, et que M. Breschet a enrichie de plusieurs notes, l'auteur traite successivement de l'épaississement, de l'ulcération, des ruptures, de la gangrène des veines, des dépôts de matières calcaires dans leurs parois, fait d'anatomie pathologique prouvé par

les observations les plus authentiques, bien que Bichat ait nié l'ossification des veines, des corps étrangers ou calculs qui peuvent se former dans les tuniques de ces vaisseaux ou se développer dans leur cavité, des tumeurs médullaires qui s'étendent aux membranes des veines, ou qui en prennent naissance.

Section III. *De l'oblitération des veines, et de la circulation veineuse collatérale.* — L'auteur fait d'abord remarquer les causes les plus fréquentes de l'oblitération des veines qui se changent en cordons ligamenteux lorsque le sang cesse de les parcourir, et rapporte des observations nombreuses sur la circulation veineuse collatérale dans des cas d'oblitération complète de la veine cave inférieure, des veines iliaques communes, iliaque externe, fémorale, jugulaire interne, cave supérieure. M. Hodgson a soin d'indiquer à chacune de ces observations, les canaux par lesquels la circulation se continuait. Il rapporte deux exemples curieux de ligatures de la veine jugulaire interne, pratiquée avec succès, dans un cas, par le docteur Thomas Simson, professeur de médecine à l'université de Saint-André, et l'autre par M. Simmons de Manchester.

Section IV. *Des veines variqueuses.*— L'auteur traite successivement des causes, de la formation et de la situation des varices; il fait remarquer l'extrême rareté de cette maladie aux membres supérieurs, et sa fréquence aux membres abdominaux;

il expose le mécanisme de la guérison spontanée que présentent par fois ces altérations des veines, et le traitement qui leur convient; il passe successivement en revue les caustiques, l'incision, l'excision, la compression, la ligature et la division des veines variqueuses, examine et compare les effets de ces divers moyens thérapeutiques, et présente des observations pratiques très-instructives, qui montrent tout le danger qu'il y a souvent à pratiquer les opérations les plus simples en apparence; il termine cette section par quelques réflexions sur la cirsocèle ou tumeur variqueuse des veines du cordon testiculaire et sur les hémorroïdes.

APPENDICE. Cette dernière partie de l'ouvrage de M. Hodgson renferme 1.º *une description des vers qui se trouvent dans les artères de quelques animaux*. L'existence de ces vers a été signalée par plusieurs auteurs. Ruysch dit qu'il a trouvé un amas de vers dans l'aorte d'un cheval; Schulz a rencontré des vers dans un anévrysme de l'artère mésentérique sur une jument; Morgagni a trouvé l'aorte d'un chien parsemée de tubercules qui contenaient des vers; le célèbre Rudolphi a fréquemment remarqué des vers dans les artères mésentériques des chevaux, et les décrit sous le nom de *strongylus armatus minor aneurysmaticus*. M. Hodgson a fait des recherches à ce sujet sur des ânes, et donne le résultat intéressant de ses recherches; on a supposé, dit-il, « que les vers se forment ori» ginellement dans des tubercules ou sacs attachés à

» la surface externe de l'artère, et que les tuniques » de cette dernière étaient détruites par suite de » la pression du sac, une ouverture de communica- » tion s'établit entre les deux cavités...... La nature » de la maladie dans les membranes des vaisseaux, » réfute néanmoins cette opinion, car dans tous les » cas que j'ai examinés, elle consistait dans une di- » latation non interrompue et dans un épaississement » des trois membranes artérielles; en outre je n'ai » jamais remarqué de tubercules dans le voisinage » de l'artère, ni aucune autre apparence qui puisse » autoriser une pareille supposition ». A une époque où je m'occupais d'helminthologie, j'ai fait des recherches sur le *strongylus armatus minor* du cheval, et sur les altérations des tuniques artérielles dans les anévrysmes que ces vers déterminent, mes observations sont tout-à-fait conformes à celles de M. Hodgson, et je partage entièrement son opinion, contre celle de M. Rudolphi. Au reste, on ne possède pas encore d'observations bien avérées de vers rencontrés dans les artères de l'homme. M. Breschet a joint à cet article des notes instructives, qui lui ont été communiquées par M. Girard, directeur et professeur de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort.

2.° *Observation sur un anévrysme inguinal guéri par l'emploi de la compression, par A. Albert de Bremen.*

3.° *Observation sur un anévrysme au bras guéri par la ligature de l'artère sous-clavière; par le docteur Post, de New-Yorck.*

4.e *Observations sur une espèce de* nœvus maternus, *et sur une opération de ligature de l'artère carotide ; par James Wardrop.*

5.o *Observations sur un anévrysme par anastomose du doigt, guéri par une opération particulière.*

6.o *Mémoire sur la ligature de l'aorte abdominale ; par M. Ast. Cooper.* Nous avons déjà fait connaître ce mémoire dans un numéro de ce journal.

L'ouvrage de M. Hodgson peut être, avec raison, considéré comme ce que nous possédons de plus complet sur les maladies des artères et des veines ; la traduction que vient d'en publier M. Breschet étant augmentée d'un grand nombre de notes, dont nous avons indiqué les principales, ne peut manquer d'obtenir un succès mérité. JULES CLOQUET.

ÉLÉMENS

DE THERMOMÉTRIE MÉDICALE;

Par M. BRESSY, docteur en médecine de la ci-devant Université de Montpellier, *médecin de l'Hôtel-Dieu d'Arpajon, membre de la Société d'Agriculture de Versailles. — A Paris, chez Gabon, libraire, place de l'Ecole de Médecine.*

NOUS prions le lecteur de vouloir bien qualifier l'écrit dans lequel on trouve les passages suivans et autres semblables : nous les prévenons toutes fois que M. Bressy docteur en médecine de la *ci-devant* Université de Montpellier, ne doit plus être jeune,

qu'on doit par conséquent à ses productions un respect profond.

« §. IV. *Eaux thermales exhalant l'odeur du sulfure alcalin.* — Ces eaux sont les thermales salines; elles ne possèdent que l'arôme du sulfure alcalin, qui est la modification de l'arôme propre de l'esprit thermal par un alcali. Elles conservent les propriétés de cet esprit ; seulement les sels trop abondans dans quelques-unes les altèrent. »

« Il y a deux classes de *combustibles* : une qui oxyde, et l'autre qui adoucit les métaux. L'aigreur des métaux forgés avec le charbon de bois non résineux, provient d'un fluide caustique allié au calorique; la douceur, la malléabilité des métaux forgés avec le charbon de terre, proviennent d'un principe calmant, lubréfiant, combiné avec le calorique ».

« Le principe allié au calorique qui se dégage de la combustion du charbon de bois, irrite les dartres et les extrémités des artères; celui qui se dégage du charbon de terre, imprime une chaleur onctueuse sur la peau, les fosses nasales et les bronches. Il y a deux espèces d'apoplexies, la sanguine ou artérielle, et la séreuse ou veineuse : l'artérielle éclate par l'irritation du calorique du charbon de bois; et la veineuse, par le calorique du charbon de terre. Le relâchement veineux arrête les urines, et *elles s'épanchent dans le cerveau* ou s'infiltrent dans le tissu cellulaire : les eaux thermales distribuent dans les humeurs le calorique résineux qui leur manque; on supplée aux eaux thermales par les aromates échauffans ».

« L'irritation artérielle augmente le flux d'urine jusqu'au diabétès, donne lieu à la phthisie par l'accumulation du sang artériel dans les poumons, ou à l'apoplexie par l'accumulation du même sang dans le crâne. Les eaux thermales sont nuisibles dans ces deux maladies, parce que ceux qui en sont menacés, surabondent en fluide carbonique, ce qui est cause que le fluide résineux se change chez eux en fluide carbonique, ou plutôt qu'il chasse, par sa présence, le calorique résineux. *Quinze ans d'observations* m'ont dévoilé cette substitution d'un fluide à l'autre. Les brouillards secs, avec une odeur bitumineuse, le vent du midi régnant, préservent de l'apoplexie artérielle, parce qu'ils font prédominer la bile, quand même on userait alors d'alimens qui portent le sang à la tête, tels que le fromage fort, oignons et liqueurs spiritueuses. Aussitôt que ces brouillards sont dissipés, fût-ce dans la même journée, le soleil attire le sang à la tête, procure des vertiges souvent terminés par une attaque d'apoplexie artérielle; cela vient de ce que le principe de nature résineuse ordinairement uni au calorique solaire, est métamorphosé en fluide carbonique : cette métamorphose est due à l'excès du fluide de cette espèce qui se trouve dans l'atmosphère. Il s'empare du calorique et en chasse le fluide résineux, l'inverse arrive quand l'atmosphère est électrisée, comme on dit, négativement, lorsque le fluide résineux y prédomine, le calorique du combustible carbonique s'empare, dans ce cas, du fluide résineux ».

« Le vin étant surchargé d'électricité vitrée, son abus prédispose à l'apoplexie sanguine ».

« Le calorique carbonique appelant le sang artériel à la tête, provoque à la joie. Le calorique résineux chassant le sang artériel de la tête, rend triste, affaiblit. D'après ces propriétés des deux fluides unis au calorique, les Français qui brûlent généralement des combustibles carboniques, doivent être gais, et sujets à l'apoplexie sanguine; les Anglais au contraire, doivent être attaqués de spleen, de mélancolie et de dégoût de la vie, parce qu'ils ne brûlent que du charbon de terre. Cela doit être d'autant mieux, que les premiers boivent du vin, qui accroit l'énergie de fluide carbonique, et que les seconds usent pour boisson habituelle de la bierre, qui favorise la formation de la bile ». etc., etc.

M. de L., qui affecte une si sainte et si bienveillante indignation contre les malheureux qui osent manquer de respect aux vénérables auteurs de semblables chefs-d'œuvre, devraient bien se charger de donner, à ces auteurs ou à leurs écrits, une épithète juste.

RECHERCHES

PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES

Sur l'emploi de l'Acide prussique ou hydrocyanique dans le traitement des maladies de poi-

trine, et particulièrement dans celui de la phthisie pulmonaire; par F. MAGENDIE, *docteur en médecine, etc.*

Les sciences accessoires peuvent-elles avoir en médecine une influence salutaire? Telle est la question que M. Magendie s'efforce de prouver par l'affirmative. Tous ses travaux, toutes ses veilles sont dirigés vers cette importante solution. Ses recherches sur l'émétique, l'émétine, et les sels de morphine, celles qu'il a tentées sur le vomissement, la gravelle, etc., ont été faites dans cette vue. Tout homme qui se propose pour but le bien de l'humanité et l'avancement de la science, a droit à notre reconnaissance. On ne peut s'empêcher toutefois de jeter un regard douloureux sur les écarts dans lesquels l'application à la médecine, des sciences exactes telles que la mécanique, la physique, les mathématiques, etc., ont précipité des hommes du plus grand mérite, à la tête desquels on voit avec étonnement les Boërhaave, les Sauvages, les Borelli. La perfection n'est pas le propre de la nature humaine, qui se trahit toujours par quelque faiblesse. Ces hommes célèbres nous ont instruits par les vérités immortelles dont brillent leurs écrits, ils nous instruisent encore par leurs erreurs, en montrant l'écueil où ils ont échoué, ils l'ont signalé à leurs successeurs; ainsi leurs naufrages loin d'être pour nous une raison de détourner les médecins qui se livrent à des travaux de ce genre, doivent être un motif de plus pour les encourager. Les critiques

se sont déchaînés contre ce genre de recherches; ils ont prétendu; non sans raison, que le corps humain n'était point un corps inerte, que les lois physiques y étaient subordonnées aux lois de la vie, et sans doute que M. Magendie sait cela tout aussi bien que ses critiques, et nous ne sachions pas qu'il ait jamais prétendu le contraire; il n'a jamais pensé obtenir de l'alliance de la physiologie, de la chimie, et de la médecine que les effets qu'on peut raisonnablement en attendre. C'est ce qu'on peut apprendre de lui-même dans son dernier Mémoire.

Peut-être serait-ce ici le lieu d'examiner quelles sont les circonstances où il peut être permis d'administrer un remède nouveau, et quelles sont les données probables de succès que peuvent promettre son usage? sans vouloir approfondir cette grande question médicale, nous croyons pouvoir dire qu'il nous paraît indispensable pour se permettre ces expériences, d'avoir : 1.o la *connaissance précise* de la maladie contre laquelle on essaye ce nouveau médicament, 2.o la certitude que cette maladie ne peut être guérie par aucun autre moyen, 3.o la certitude qu'on ne peut pas nuire par ce nouvel agent; 4.o enfin une probabilité de succès fondée sur la nature *connue* du mal et sur le mode d'agir *connu* du remède qu'on va essayer. Tout *expériment* tenté seulement dans le vain espoir d'obtenir *par hazard* quelque succès, est ridicule et méprisable. Telles sont en peu de mots les conditions, je dirai même les lois, d'après lesquelles on doit diriger ses expé-

riences. Voyons maintenant si M. Magendie ne s'en est point écarté.

1.° *La connaissance précise* de la maladie contre laquelle on essaye le nouveau médicament. D'abord qu'est-ce que la *phthisie pulmonaire* ? est-ce « la » toux sèche ou suivie d'expectoration de matières » d'abord diaphanes, ensuite purulentes, accompa- » gnée de coloration aux pommettes, de chaleur à » la peau, de sueur sur la poitrine, à la paume » des mains, de fréquence et de petitesse du » pouls ; avec amaigrissement général, dévoie- » ment, et enfin, infiltration des extrémités » ; comme l'entendent les médecins qui définissent les maladies d'après les symptômes ? ou bien doit-on entendre par *phthisie* les granulations des poumons, leurs tubercules enkystés ou sans kystes, les calculs, les mélanoses, les cancers, les ulcères ou les diverses phlegmasies de ces organes, comme l'entendent ceux qui caractérisent cette terrible maladie par les lésions qu'on rencontre après la mort de ceux qui en ont offert les symptômes? dans le premier cas, tous les praticiens savent combien ces signes sont trompeurs, et combien de maladies des poumons peuvent les produire. Dans le second, il nous semble que l'espèce de lésion contre laquelle M. Magendie voulait diriger son médicament, aurait dû être caractérisée d'une manière plus rigoureuse. Mais supposons que ce soit la phthisie tuberculeuse, puisque c'est la plus fréquente. Qu'est-ce que la phthisie tuberculeuse ? est-elle la conséquence d'une phlegmasie, comme on l'a prétendu ? reconnait-elle

une seule cause ou en reconnaît-elle plusieurs? Dans le premier cas cette cause spécifique pourrait être avantageusement combattue par un remède spécifique, et nous verrons si quelques données pouvaient indiquer comme tel l'acide hydrocyanique; dans le second cas, la même substance peut-elle être toujours également utile, et ne convenait-il pas de préciser quelle était la cause contre laquelle ce remède devait agir d'une manière plus particulière?

2.o La seconde condition que nous avons posée, c'est-à-dire la certitude que la maladie qu'on veut combattre par un nouvel agent, est au-dessus des autres moyens de l'art, paraît avoir été plus religieusement observée par M. Magendie; cependant la phthisie est-elle incurable? c'est ce que les observations de M. Laennec semblent infirmer, et nous nous proposons de revenir sur cette intéressante question, mais nous pouvons toujours dire en cette occasion que les malades, dont M. Laennec cite les exemples, n'avaient pas guéri par le moyen de l'acide prussique.

3.o Il faut avoir la certitude de ne pas nuire par ce nouvel agent; or, malgré les précautions les plus sages, peut-on jamais être certain qu'un moyen qui possède une action aussi formidable que l'acide prussique, n'aura sur l'économie aucun effet funeste?

4.o Enfin il faut, pour se permettre ces sortes de tentatives, que la nature *connue* de la maladie puisse faire espérer que l'action *connue* du nouveau médicament pourra être avantageuse. Quel rapport

existe-t-il entre des tubercules, leur nature, leur formation, leur développement, et la manière d'agir de l'acide hydrocyanique? quelle notion chimique ou physiologique a déterminé M. Magendie à faire usage de ce puissant remède? Ne serait-ce pas simplement l'espoir de réussir, fondé sur les chances du hazard? Mais écoutons le lui-même.

« Rien ne s'oppose donc à ce qu'on puisse le » mettre en usage comme médicament : aussi plu- » sieurs médecins étrangers et nationaux ont-ils » tenté de l'employer; mais le succès ne paraît pas » avoir répondu à leur attente, *peut-être parce qu'ils » ne s'étaient pas pénetrés de son mode d'action » sur l'économie animale; condition sans laquelle » il est très-difficile d'employer à propos un mé- » dicament nouveau.* En étudiant les phénomènes » de l'empoisonnement par l'acide prussique, j'ai » souvent observé que des animaux, qui n'offrent plus » de sensibilité ni de contractilité musculaire loco- » motrice, conservaient pendant plusieurs heures » une respiration facile et une circulation en ap- » parence intacte, bien que très-accélérée, et qui, » pour ainsi dire, étaient morts pour les fonctions » extérieures, et vivaient pour leurs fonctions nu- » tritives ».

» Cette propriété d'éteindre la sensibilité générale » sans nuire d'une manière ostensible à la respira- » tion et à la circulation, fonctions principales de la » vie, me fit soupçonner qu'on pourrait tirer parti » de l'acide prussique, dans certains cas de maladie

» où *la sensibilité est augmentée d'une manière vi-*
» *cieuse*; je me décidai dès-lors à le mettre en
» usage dès que l'occasion s'en présenterait. »

Cette occasion se présenta bientôt. *Une demoiselle de 27 à 28 ans, qui depuis dix-huit mois était fatiguée d'une toux sèche, plus forte le matin et le soir que dans le cours de la journée et de la nuit*, avait pris sans succès divers remèdes usités *en pareil cas.* Six gouttes d'acide prussique renouvelées pendant quatre jours arrêtèrent les accidens, qui reparurent au but de six mois, et furent dissipés par le même moyen. — Ainsi c'est comme diminuant *la sensibilité augmentee d'une manière vicieuse* que M. Magendie a employé l'acide hydrocyanique. Conséquent à ce principe, nous voyons qu'il l'a donné comme tel, dans la *toux nerveuse* dont il a tracé succinctement l'histoire. Mais cette toux nerveuse est-elle suffissamment caractérisée? et qu'est-ce qu'une *toux nerveuse*, une toux *sine materiâ*, comme on disait jadis? Jusques ici le raisonnement le plus sévère a conduit M. Magendie; mais lorsqu'il a voulu étendre l'usage de l'acide prussique à la *phthisie pulmonaire*, nous pensons qu'il s'est écarté de cette sévérité qui préside ordinairement à ses raisonnemens. Nous pensons en effet qu'il n'a pu être guidé que par l'*espoir* de réussir, sans avoir pour cela des données *assez* probables. D'abord, comme nous l'avons déjà dit, il fallait préciser l'espèce de la maladie, sans quoi il ne saurait exister de probabilité raisonnable de succès; mais l'irritabilité n'était

dans les *phthisies* qu'un symptôme, c'est-à-dire, une conséquence de la lésion locale, l'acide prussique ne pouvait être qu'un palliatif, par conséquent qu'un médicament d'une utilité très-secondaire. C'est en effet dans cette vue que ce médicament avait été d'abord conseillé, mais le succès a été au-delà de l'espérance, puisque des personnes *phthisiques* paraissent avoir été guéries. C'est ici que commence l'effet du hasard et où la physiologie cesse d'étendre son empire. C'est ici que l'acide prussique rentre dans le catalogue ordinaire des substances empiriques, c'est-à-dire dont on connaît les bons effets, sans pouvoir se rendre raison de leur manière d'agir. On devra beaucoup de reconnaissance à M. Magendie si les vertus *spécifiques anti-phthisiques* de l'acide hydrocyanique sont confirmées par l'expérience, bien que la physiologie n'y trouve pas son compte. Mais il restera encore à déterminer les espèces dans lesquelles ce médicament est plus utile, et sur-tout contre quelle cause de la phthisie il est plus efficace ; car il ne peut l'être également contre toutes. Nous pouvons dire en attendant, que nos essais en ce genre n'ont pas été heureux ; qu'ayant donné cette substance à des malades, chez qui la *sensibilité paraissait être exaltée d'une manière vicieuse*, nous n'avons obtenu qu'une *sur*-irritation, une perte du sommeil plus complète, et des douleurs de tête très-violentes, bien que nous eussions pris toutes les précautions recommandées par M. Magendie.

A la suite de ce mémoire, l'auteur cite une foule de témoignages favorables à l'utilité de l'acide prussique, tirés d'auteurs nationaux et étrangers, qui ont administré cette substance dans *une foule de maladies.* Nous dirons seulement que ses essais nous paraissent pour la plupart moins fondés sur le raisonnement, sur la physiologie, que ceux de M. Magendie, que dans bien des cas l'*espoir* seul de réussir par une substance nouvelle très-active semble avoir dirigé ces médecins, et que les maladies contre lesquelles on en a fait usage sont fort mal caractérisées.

Au reste, il est probable qu'une substance si puissante peut devenir utile, et puisque son action est de diminuer la sensibilité exaltée, les médecins pourront en obtenir quelques avantages dans les cas purement caractérisés par cette exaltation. Nous engageons les médecins à en faire usage toutes les fois que la maladie aura été *bien reconnue*, qu'elle ne pourra être guérie par aucun autre moyen, et qu'il existera quelques chances raisonnables de succès.

Voici de quelle manière M. Magendie conseille d'employer l'acide hydrocyanique.

L'expérience l'a convaincu que l'acide prussique, préparé par le procédé de Schéele, n'a point de propriétés médicales suffissamment constantes, à raison de l'arbitraire que le procédé laisse au préparateur. Il préfère donc l'acide prussique pur, préparé par la méthode de M. Gay-Lussac; et étendu de six fois son volume d'eau distillée, ou 8,5 fois son poids. Les formules dont il fait le plus souvent usage sont les suivantes :

Mélange pectoral.

℞	Acide prussique médicinal...	1 gros.
	Eau distillée..............	1 livre.
	Sucre pur................	1 once 1/2.

F. S. L. Un mélange dont on prendra une cuillerée à bouche le matin, et une le soir en se couchant.

Potion pectorale.

℞	Infusion de lierre terrestre...	2 onces.
	Acide prussique médicinal...	15 gouttes.
	Sirop de guimauve..........	1 once.

F. S. L. Une potion à prendre, par cuillerée à bouche de trois en trois heures.

Sirop cyanique.

℞	Sirop de sucre parfaitement clarifié.	1 livre.
	Acide prussique médicinal........	1 gros.

Mêlez exactement. On se sert de ce sirop pour ajouter aux potions pectorales ordinaires et remplacer les autres sirops.

Quoique ce dernier travail de M. Magendie ne soit pas aussi exempt de reproches que les précédens du même auteur, nous nous plaisons à reconnaître que peu de médecins ont fait des efforts plus méritoires pour éclairer la médecine d'expérience par le flambeau des sciences accessoires, et nous l'engageons à persister dans la même voie. R.

VARIÉTÉS.

— M. Frébault, médecin de Nevers, a communiqué à la Société de médecine du département de la Seine un fait relatif à la sortie spontanée d'un calcul vésical, chez un enfant, par la plaie faite au périnée trois mois auparavant. Voici ce que l'opération offrit de remarquable : l'incision faite, et les tenettes introduites, la pierre fut saisie avec facilité ; mais l'extraction fut impossible ; la vessie semblait suivre le calcul, et des tractions même très-fortes ne purent l'entraîner au dehors ; on jugea qu'il était enchâtonné et l'on abandonna toute nouvelle tentative comme inutile et dangereuse. Douze jours après, l'enfant fut retiré de l'hôpital. A cinq mois de là, le père vint trouver M. Frébault ; il lui montra un calcul de la forme et de la figure d'un beau cornichon, en lui rapportant qu'il était sorti *tout seul*, trois mois après l'opération, par la plaie du perinée. Jusqu'à cette époque, l'enfant, à ce qu'il raconta, avait beaucoup souffert, et il avait rendu beaucoup de sang et de pus avec l'urines. (*Journ. Gén.*, août 1819.)

— M. Arbiny, dans un Mémoire sur la dérivation et la révulsion, propose de donner à ces deux expressions un sens plus *physiologique* que celui qu'elles ont eu jusqu'ici. On sait que la dérivation est une médication dans laquelle on applique près de l'organe malade les moyens propres à déplacer l'irritation dont il

est le siége, et que dans la révulsion, c'est au contraire sur les parties éloignées que l'on applique ces moyens. Voici le sens que M. Arbiny propose de leur donner. « Je voudrais qu'on dit qu'on opère une *dérivation* toutes les fois qu'agissant sur des parties voisines ou éloignées d'un organe malade, on exalte les propriétés vitales de ses parties au point qu'elles deviennent un nouveau centre vers lequel les élémens de la fluxion première sont amenés, dirigés, et qu'il en résulte des effets sensibles, tels que douleur, chaleur, gonflement, augmentations des sécrétions naturelles, ou établissement d'une sécrétion nouvelle : qu'on opère une *révulsion*, quand, agissant sur des parties proches ou éloignées d'un organe affecté, on enlève, on détourne, on arrache en quelque sorte la fluxion imminente, pour déterminer sur les parties un nouveau centre d'action sensible, appréciable par les phénomènes ci-dessus énoncés. » — Nouveau supplément au Vocabulaire de médecine. (*id. id.*)

— M. Comte, médecin de Grenoble a continué ses essais thérapeutiques sur les bons effets de la digitale pourprée dans l'hydrothorax et dans les affections du cœur. Il a publié ses observations dans le but d'établir l'action favorable du moyen qu'il propose. Il y a employé la poudre de feuilles de digitale, et l'a combinée avec le camphre et l'extrait de scille; il en a prescrit d'abord une pilule composée d'un grain de digitale et de camphre, et d'un demi-grain d'extrait de scille, puis chaque jour une pilule de plus, selon l'effet qu'elles produisent. Ce n'est donc pas de la

digitale seule, mais d'un mélange dans lequel cette substance entre en certaines proportions, que M. Comte a pu constater les effets. Parmi les sept observations qu'il a rapportées, les trois premières sont relatives à des *hydropisies de poitrine*, dont les signes ne sont pas tellement tranchés qu'on ne puisse et ne doive conserver quelques doutes sur la présence de la sérosité dans le thorax. Les autres sont relatives à des palpitations qui ont paru céder à ce moyen, et à des anévrysmes dont les symptômes ont été adoucis par le même remède. Ces derniers faits sont peu importans (*Id. septembre* 1819.)

— M. Delaporte, médecin à Vimoutiers, a donné des soins à une petite fille de dix-sept mois, qui à la suite d'une inflammation de l'abdomen qui l'avait réduite à un état d'éthisie, rendit par une crevasse spontanée qui se fit auprès de l'ombilic un fluide puriforme, de la consistance de la crême, et d'un blanc verdâtre. La quantité en fut évaluée à quatres pintes environ. La convalescence n'a pas été de longue durée; en moins de deux mois, la malade se trouva jouir d'une santé parfaite. La collection paraît avoir occupé la cavité même du péritoine; en effet, le ventre était gonflé également dans toutes ses parties; la fluctuation était par-tout sensible; la pression sur le ventre rendait la suffocation imminente. (*Ibid. ibid.*)

— M. Deneux, vient de communiquer plusieurs observations fort curieuses, relatives à des épanchemens ou collections de sang formés, 1.° entre le pla-

centa et la matrice; 2.o entre la matrice, le placenta et l'intérieur des membranes ; 3.o entre l'épichorion et le chorion ; 4.o entre l'amnios et les vaisseaux qui forment le cordon ombilical. C'est donc en examinant avec soin l'arrière-faix, dans des cas d'avortement, que M. Deneux a constaté ces diverses variétés des pertes internes. *(ibid. ibid.)*

— On a vu dans notre avant-dernier numéro, que le D.r Broussais venait de donner au public une partie de ses opinions médicales, par les soins de deux de ses sectateurs. M. le docteur de Caignou partage avec M. le docteur Quémont l'honneur d'avoir servi d'interprète à ce célèbre professeur. Comme il est de notre devoir de faire connaître tous les titres de gloire des médecins de nos jours qui ambitionnent la renommée, nous dirons que le docteur de Caignou partage encore avec M.lle Chaumeton l'honneur d'avoir composé une pommade pour les brûlures, laquelle se vend avec l'adresse imprimée, rue de la Michodière, n.o 13, à Paris. Nous transcrivons cette adresse pour l'instruction de nos lecteurs.

Pommade pour les brûlures, composée par M.lle *Chaumeton et le docteur de Caignou, rue de la Michodière, n.o 13, à Paris.*

MANIÈRE DE S'EN SERVIR.

Il faut mettre une couche *très-épaisse* de cette Pommade sur la brûlure et au-delà même du cercle inflammatoire; on appliquera par-dessus du papier Joseph blanc, ou, à son défaut, du vieux linge

blanc de lessive, dont on enveloppera la partie brûlée. Au bout de 5 à 6 heures, on levera l'appareil, et on réitérera l'application de la pommade. *Il est de toute nécessité qu'elle soit abondante*, et d'entretenir la partie dans une chaleur assez forte.

Ladite pommade se conserve pendant trois ans sans s'altérer.

— On a annoncé dans les journaux politiques que M. le D.r Pariset allait observer la fièvre jaune dans les contrées où elle règne. Il est à craindre pour lui et pour la science, qu'il ne trouve le fléau dissipé par l'influence de l'hiver. Cette saison rivale peut en effet lui ravir l'avantage d'observer, et l'honneur de guérir cette terrible maladie.

— On annonce aussi qu'avant la fin de l'année scholaire, nous posséderons un poëme en prose poétique sur la maladie contagieuse qui ravage cette péninsule.

— Les médecins ne sont pas à l'abri des maladies contagieuses ou épidémiques. Depuis quelque temps il en règne une que, d'après la louable coutume où l'on est de faire dériver tous les mots de la langue harmonieuse des Grecs, on pourrait nommer *typomanie*. En effet, les médecins semblent dévorés de la rage de se faire imprimer. Indépendamment des chefs-d'œuvre de MM. L...... de G...., Lar...., le P...., S..., C..., P..., C..., Dec..., que nous avons fait connaître à nos lecteurs, MM. Del..., P....., et une foule d'écrivains *ejusdem farinæ*, comme chacun sait, ont enrichi la littérature médicale de leurs immortelles productions : le nom de

M. P....x manquait à cette liste de grands hommes; mais frappé par la contagion, il a inséré dans le Moniteur du 25 octobre 1819, *des vues nouvelles* sur quelques points de physiologie. Malheureusement pour M. Emmanuel P....x, le truchement qu'il avait choisi laissait dans un profond sommeil ses vues *nouvelles* sur la physiologie, et les menaçait d'un éternel oubli; mais le soin de sa gloire lui a fait exhumer son travail, pour le produire sous un autre format, et jaloux de le servir dans ses intentions, nous nous empressons de faire connaître ces vues nouvelles.

Première vue nouvelle. « La première instruction » médicale doit consister dans la connaissance *topo-* » *graphique* de la structure humaine. Mais l'étude de » l'anatomie devient aussi aride que celle de la ma- » tière médicale séparée de la thérapeutique, si on » isole de l'altération de chaque organe, et des idées » de physiologie et de pathologie qu'elles sug- » gèrent. »

Deuxième vue nouvelle. « On commence à dou- » ter que les connaissances anatomiques seules suffi- » sent pour résoudre les problêmes de physiologie. »

Troisième vue nouvelle. « Si l'on accordait que » l'action régulière de la structure humaine est sous » la dépendance du mode d'organisation de chaque » viscère, et de sa juste proportion avec l'ensemble » des systèmes, il faudrait en conclure que toute cause » de dérangement (ou maladie) devrait reconnaître » pour origine une altération dans l'un des orga-

» nes..... Dans les altérations organiques je range » toutes les altérations de forme, de volume, de po- » sition, de densité, de tissu, de couleur, etc., etc.» Oh! pour le coup, ceci est nouveau! « D'après » cette *philosophie* médicale, quelle idée peut-on se » faire de l'art de guérir? il me paraît se réduire, » 1.° à chercher la cause primitive de l'état maladif » dans l'une des altérations organiques déjà indi- » quées; 2.° à juger rigoureusement l'appareil *mor-* » *bifique qui en résulte* d'après la durée de ses va- » riétés et de ses divers modes de terminaison, soit » qu'il affecte la marche aiguë ou la marche chro- » nique, afin de ne pas s'égarer dans le traitement.»

Quatrième vue nouvelle. « Si l'on étudie la patho- » logie médico-chirurgicale dans ce sens, *la physio-* « *logie consiste* ESSENTIELLEMENT *dans l'interpré-* » *tation exacte de la pathologie.* » Telles sont les principales vues nouvelles que M. Emmanuel P....x a jugé à propos de publier, pour le salut de l'hu- manité et pour sa gloire.

— Le curé de Vauchassy continue ses cures mer- veilleuses, malgré la mésaventure qui lui est arrivée chez une grande dame. Nous avons reçu de ce pays une vingtaine d'ordonnances imprimées ou manuscrites, dont nous publions un échantillon; les autres sont de la même force; nous laissons subsister l'orthographe: « L'on fera bouillire dans une pinte d'eau de rivière, » une demi-once de *pariera brava*, une demie once » de *sassafrase*, un gros de raclure de corne de » cerf, jusqu'à réduction de trois-quart, que l'on

» passera pare un linge puis l'on fera rebouillire
» avec trois livres et demie de sucre blanc, un gros
» de rubarbe en poudre, un demi-gros d'aloés suc-
» cotren, une demie once de *canaille* à la reine en
» poudre et une muscade pulvérisée jusqu'à consis-
» tance de sirop; puis on y ajoutera six *boutaille* de
» bon vin que l'on fera bouillire environ vingt mi-
» nutes, et l'on en boira un vere le matin à jeun et
» un vere le soire en se couchant. »

DEBOURG, N.o 3.

Et nous avons une police !

— Il a paru un ouvrage de M. Lombard aîné, sur le magnétisme animal et sur l'importance d'en arrêter la propagation vulgaire. — Nous avouerons, à la honte sans doute de notre intelligence, que nous n'y avons rien compris. Il nous a semblé que l'auteur enveloppait son sujet des voiles du plus épais obscurantisme, vraisemblablement pour le dérober aux regards curieux des profanes. Peut-être que le magnétisme animal qui donne la science infuse à ses adeptes, qui fait connaître ce qui n'est jamais tombé sous les sens, qui fait voir clair à travers les corps opaques, ne communique-t-il pas le talent d'écrire, et qu'alors il est possible que M. Lombard, qui paraît connaître du grec, du latin, de l'hébreu, etc., ignore que le premier mérite d'un écrivain est d'être clair.

— Il a paru aussi une suite d'observations tendantes à anéantir la petite-vérole, où l'auteur prétend que *la ligature du cordon ombilical est la*

seule cause de cette maladie !!! Nous nous abstiendrons d'en parler davantage ; car certaines gens prétendent que la vieillesse doit donner la prérogative d'imprimer impunément des sottises, des outrages au sens commun. C'est avantageux.

Pharmacopée Américaine.

— On vient de faire aux Etats-Unis, et sous la direction des Ecoles et des Sociétés de Médecine, un ouvrage qui doit remplacer toutes les Pharmacopées étrangères dont on s'est servi jusqu'à ce jour dans ces vastes contrées. Le docteur Lyman Spalding, ancien professeur d'anatomie et de chirurgie, en conçut la première idée. Il la communiqua, il y a plusieurs années, à la Société Médicale de New-York, et ensuite aux autres institutions de Médecine des Etats-Unis. Son plan était, 1.o de convoquer dans chacune des grandes divisions des Etats-Unis, des commissaires délégués des Ecoles de Médecine ; 2.o que chacune de ces Assemblées formerait sa Pharmacopée, et qu'elle choisirait un ou plusieurs de ses membres qui s'assembleraient en Comité général dans la ville de Washington; et 3.o que cette Assemblée générale formerait, d'après la Pharmacopée de chaque district, un ouvrage vraiment national. Ce plan fut accepté à l'unanimité, et celui qui le proposa aura bientôt, avec tous les médecins américains, la satisfaction de voir l'ouvrage imprimé.

Paris, le 30 octobre 1819.

A Monsieur le Rédacteur du Nouveau Journal de Médecine.

« Les Journaux ont publié, il y a quatre mois, » qu'étant sur le point de mettre sous-presse la tra- » duction du Traité sur la nature et le traitement » de la goutte, du docteur Scudamore, médecin » anglais, une lettre de ce médecin me prévenait » qu'il s'occupait de l'impression de la troisième édi- » tion, avec des changemens et des nombreuses » augmentations, et m'engageait à attendre sa pu- » blication pour en offrir la traduction en France. Je » me suis donc déterminé à attendre cette troisième » édition, que Scudamore vient de me faire passer. » Quel a été mon étonnement de voir annoncer la » traduction du même ouvrage, mise en vente chez « Béchet jeune; traduction de la seconde édition » seulement, sans nom de traducteur, et en deux » volumes, quand il y avait tout au plus matière à » un volume ordinaire. J'attends de votre complai- » sance, Monsieur, que vous voudrez bien insérer « ma lettre dans votre Journal de Médecine, et » prévenir ainsi le public que je n'en persiste pas » moins à publier la traduction de la 3.e édition que » je viens de mettre sous-presse.

» Agréez l'assurance de ma parfaite considé- » ration,

DESCHAMPS fils,
Médecin de la Faculté de Paris. »

Nota. M. Béchet, qui a reçu aussi la *troisième édition* de cet ouvrage, nous prie d'annoncer qu'il va donner au public, dans un supplément, les changemens et additions qu'elle contient.

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE.

— Mémoire sur la nature des Maladies endémiques à Carthagène et dans le Midi de l'Espagne, et particulièrement sur celle de la fièvre jaune; par M. Mimaut. A Paris, chez J. J. Blaise, quai des Augustins, N.o 61; et chez Crevot, libraire, rue de l'Ecole de Médecine, en face le pavillon de ladite Ecole. 1819.

— Traité Elémentaire des Maladies épidémiques ou populaires, à l'usage des officiers de santé; par P. A. J. B. Tranoy, d'Amiens, D.-M.-P., médecin des épidémies pour les arrondissemens d'Amiens et de Doullens, médecin du petit Séminaire de Saint-Acheul, etc., etc. A Amiens, chez Ledien-Canda, imprimeur, rue des Verjeaux, N.o 12; et chez l'auteur, rue des Capucines, N.o 20. 1819.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE.

— *Dissertatio Medica inauguralis de Erysipelate, quam annuente summo Numine, ex auctoritate reverendi admodùm viri D. Georgii Baird, S. S. T. P. Academiæ Edinburgenæ præfecti; pro gradu doctoris, eruditorum examini subjicit Thomas Barnes, Anglus.* In-8.o *Edinburgi*, 1817.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, F. S. G., N.o 20.

BULLETINS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

ET DE LA SOCIÉTÉ ÉTABLIE DANS SON SEIN.

1819. — N.° IX.

Articles contenus dans ce Numéro :

Résections sur un même sujet, des extrémités articulaires des deux os de la jambe gauche et de l'extrémité inferieure du tibia droit détachée de son épiphyse, faites à Amiens par M. le docteur Josse *; extrait*

des Rapports de MM. Dubois, Chaussier, Duméril et Breschet.

Une jeune fille de seize ans fut renversée par une masse considérable de terre qui s'éboula sur elle, et dont elle eut les pieds et les jambes recouvertes. Elle se dégagea elle-même, se traîna sur les genoux et les mains, à vingt pas du lieu de sa chute.

MM. *Josse* et *Ladent*, chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, virent la jeune fille quatre heures après l'accident, et la trouvèrent couchée sur le dos, les pieds renversés sur les jambes, le tibia et le péroné gauches, et le tibia droit sortant à travers de larges plaies et dépassant la plante des pieds; ces derniers étant attirés en haut, par la contraction des muscles.

Le pied gauche renversé en dedans était totalement séparé du tibia et du péroné; la capsule articulaire et les ligamens de l'articulation étaient complètement déchirés.

La face supérieure de l'astragale se voyait au fond de la plaie transversale dont l'étendue était telle, qu'il semblait que le pied ne tenait plus à la jambe que par le tiers au plus des parties molles. Cette plaie s'étendait du bord externe des tendons réunis des muscles bi-fémoro-calcanien et tibio-calcanien, au bord antérieur de la malléole interne.

A deux pouces au-dessus de la malléole interne droite, existait aussi une plaie transver-

sale bien moins grande ; elle n'occupait que la moitié interne de la circonférence de la jambe. L'extrémité inférieure du tibia sortait par cette plaie, détachée de son épiphyse articulaire qui était restée en rapport avec l'astragale.

Le péroné était fracturé dans son quart inférieur ; cette fracture était sans esquilles.

Les pieds étaient renversés par la rétraction des muscles, les bouts articulaires des os de la jambe les dépassaient, et ces os avaient souffert par le contact des terres et des pierres. Le droit était complètement dénudé dans l'étendue de plus de deux pouces. Le périoste du tibia et du péroné gauches était arraché sur divers points, ainsi que la substance compacte. Le cartilage articulaire du tibia et du péroné était desséché par l'air, et le pied de ce côté fortement contus, sans qu'il y eut ni fracture ni déplacement apparent dans les os qui le composent.

Le gonflement des parties, le renversement des pieds, la saillie considérable des os luxés la déchirure des capsules articulaires et les douleurs affreuses que produisaient les mouvemens, paraissaient autant de circonstances qui rendaient les tentatives de réduction difficiles, inutiles, impossibles malgré les débridemens, et dangereuses par les déchiremens, les douleurs, l'inflammation, et le tétanos qui pouvaient en résulter. Les chirurgiens avaient à choisir entre l'amputation des deux jambes et la résection

des extrémités articulaires des os faisant saillie au dehors. L'une et l'autre de ces opérations a des dangers réels ; et l'amputation n'offrant guères plus de chances de réussite que la résection, devait condamner la malade à l'impuissance de marcher.

Guidés par leur propre génie, par leur expérience ainsi que par d'heureux exemples, MM. *Josse* et *Ladent* se décidèrent à faire la résection des os.

Deux pouces du tibia droit et un pouce et demi du tibia et du péroné gauches furent sciés.

Cette différence de longueur dans les parties extraites était nécessitée par la plus grande dénudation des os du côté droit, mais pour ne pas rendre trop inégaux les deux membres, on épargna quelques lignes du tibia droit, quoiqu'il eut souffert du contact des corps étrangers. La résection achevée, les pieds furent facilement ramenés dans leur position naturelle, maintenus dans cette position et en contact avec les bouts des os coupés, par des compresses et un bandage à dix-huit chefs.

Les phénomènes de l'inflammation n'offrirent rien de particulier ; cependant, on eut à ouvrir pendant la durée du traitement quelques foyers sanguins ou purulents, et au bout de trois mois la jeune fille marchait avec un bâton qui lui devint inutile un mois plus tard, car alors

elle pouvait marcher assez librement, quoiqu'avec un peu de claudication.

Cette jeune fille a été présentée à la Société de la Faculté de Médecine, et vos Commissaires, ainsi que les autres membres de cette Société, ont vu que la jeune *Dhervelois* portait à la partie inférieure des deux jambes des cicatrices résultantes des plaies faites à ces parties. L'articulation tibio-astragalienne droite n'avait souffert aucune altération, ni dans sa forme, ni dans ses mouvemens; la gauche n'avait plus sa forme ordinaire. Cette articulation paraissait ankylosée; mais la claudication dont nous venons de parler n'existait presque plus. Il eut été à desirer pour que la Société fût complètement satisfaite, que M. *Josse* offrit les portions osseuses retranchées; mais ces fragmens, d'après sa déclaration, lui ont été soustraits, et il lui a été impossible de les produire.

Le cas dont M. *Josse* nous a donné l'histoire, est un des faits les plus curieux et des plus importans de la chirurgie, soit par la nature de l'accident qui a nécessité l'application des moyens de l'art, soit par la nature de ces moyens.

Quelques personnes se sont élevées contre l'opération pratiquée par M. *Josse*, et ont publiquement blâmé sa conduite dans cette circonstance. Si des talens bien reconnus et une longue expérience ne mettaient pas M. *Josse* au-dessus de ces attaques, vos Commis-

saires se plairaient à démontrer que la conduite de M. *Josse* a été celle qu'il convenait de suivre, et ils rapporteraient plusieurs exemples de cas analogues à celui dont nous parlons.

Les résections des os ne sont plus depuis long-temps des opérations neuves et extraordinaires. Les travaux de *Park* (1), de *Wainman* (2), de *White* (3), de *Goock*, de M. le professeur *Percy*, des deux *Moreau* de Bar-sur-Ornain, de *Champion*, de plusieurs chirurgiens de cette capitale, de MM. *Hey* et *A. Cooper*, ne laissent presque plus rien à désirer sur ce point de chirurgie.

Cependant la plupart de ces auteurs parlent plutôt de résections pratiquées soit dans la contiguité, soit dans la continuité des os pour des cas de carie ou pour des fractures non consolidées, et nous ne possédons qu'un petit nombre d'observations sur des résections des os à la suite de leurs luxations. Parmi ces dernières nous citerons sur-tout celle que M. *Deschamps* a communiquée à cette Société (1), et qui pré-

---

(1) *Cases of incision of carious joints by H.* PARK. *Surgeon in Liverpool hospital and Moreau*, etc. *Glascou*, 1806.

(2) *Voy.* Park.

(3) *Cases in surgery.*

(4) *Voyez* Bulletins de la Faculté et de la Société de Médecine, année 1811, tome II, N.° VII, page 141.

sente une grande analogie avec celle de M. *Josse.*

M. *Hey* (1), chirurgien de l'hôpital de Leyde, a publié dans son excellent ouvrage plusieurs observations qui ressemblent à celle de M. *Deschamps*, et un membre de cette Société a écrit qu'il avait vu à Londres un malade sur lequel M. *A. Cooper* avait retranché l'extrémité inférieure des os de la jambe dans un cas de luxation, avec déchirement des parties molles issue des os (2). L'auteur dont nous parlons, dit formellement, que dans ces luxations compliquées de l'ouverture de l'articulation, et de l'issue des parties osseuses articulaires à travers des parties molles déchirées, il ne suffit pas pour pouvoir opérer la réduction dans les cas de ce genre, d'aggrandir la plaie des parties molles, cette réduction est souvent impossible, et l'on ne peut alors prévenir ou combattre les accidens terribles qui surviennent, qu'en retranchant la partie osseuse articulaire dénudée et saillante entre les lèvres de la déchirure des parties molles (3).

(1) *Practical observations in surgery, illustrated by Cases, chap. XI. Compound luxation of the ancle-joint.*

(2) Relation d'un Voyage fait à Londres en 1814, etc., par P. J. Roux, page 208. Paris, 1815.

(3) *Voyez* Relation d'un Voyage fait à Londres en 1814, et une Thèse du même auteur : *De la Résection ou Retranchement des portions d'os malades*, etc. p. 28. Paris, 1812.

D'après toutes ces considérations et d'après la propre expérience de plusieurs des commissaires désignés pour faire un rapport sur cette observation, on peut conclure que la conduite de M. le docteur *Josse* a été celle que tout chirurgien instruit et habile devra tenir en pareille circonstance; qu'il a parfaitement saisi les indications; que cette observation doit être accueillie pour être insérée dans le Bulletin de la Société, et l'auteur nommé Correspondant.

Ce rapport avait été adopté dans la séance du 12 août; mais dans celle du 26 des doutes ayant été élevés sur quelques circonstances de cette opération, la Société a chargé deux de ses membres de visiter la jeune fille, et ils ont fait le rapport suivant, qui a été adopté dans la séance du 25 novembre.

» Nous avons rempli les intentions de la Société, en examinant avec attention, chacun en particulier, le sujet opéré en présence de plusieurs médecins de la ville d'Amiens, et d'un jeune élève qui avait été présent à l'opération, et qui, d'après son aveu, s'était emparé des portions d'os qui avaient été sciées, et nous pouvons assurer,

» 1.° Que la jeune fille est bien portante; qu'elle marche aisément avec une très-légère claudication qui ne l'empêche pas de sauter, de danser et de se livrer à tous les exercices et aux jeux propres à son âge;

» 2.° Que les cicatrices des blessures sont fermes, solides et égales;

» 3.° Que les mouvemens de l'articulation de la jambe droite avec l'astragale sont libres et s'exécutent avec la plus grande aisance, parce que dans cette jambe les épiphyses inférieures de l'astragale et du péroné sont restées en place ;

» 4.° Qu'à la jambe gauche l'astragale est ankylosé et soudé avec le tibia et le péroné, et que les mouvemens du pied s'exécutent sur la tête de l'astragale et sur le scaphoïde ;

» 5.° Que si les deux malléoles existent à la jambe droite, c'est que les épiphyses ont été conservées ; tandis qu'à la jambe gauche l'articulation ayant été découverte, la surface de l'astragale s'est soudée avec le tibia et avec le péroné, dont la fracture a permis un chevauchement après l'ablation de l'extrémité correspondante du tibia. Enfin, que le cal qui a servi à souder cet astragale, a produit en même temps sur les côtés deux éminences saillantes qui simulent des malléoles, ce qui a pu faire croire que cette extrémité n'avait pas été amputée ;

» 6.° Il résulte évidemment de l'examen de cette jeune fille, que ses jambes ont perdu un peu de leur longueur et de leurs proportions naturelles comparativement à celles des cuisses.

MÉMOIRE sur les enveloppes du fœtus humain; par M. DUTROCHET, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre-correspondant de l'Académie Royale des Sciences; et M. BRESCHET, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Médecine de Paris (1).

IL est beaucoup de circonstances où l'histoire anatomique et physiologique de l'homme a besoin de s'aider des lumières que fournit l'anatomie comparée; mais comme c'est sur-tout dans l'histoire du fœtus humain que ce secours étranger devient indispensable, sans lui il serait impossible d'arriver à la connaissance de la vérité. C'est donc parce qu'on a négligé de comparer soigneusement entre elles les enveloppes des fœtus des différens animaux vertébrés, que l'anatomie et la physiologie humaines sont restées jusqu'à ce jour dans un état d'imperfection remarquable sur ce point. C'est principalement de l'étude de l'œuf des oiseaux et des serpens qu'est jaillie la lumière. Nous allons retracer ici brièvement les principaux résultats de nos observations consignées dans nos recherches sur les enveloppes du fœtus.

Une poche très-vasculaire nommée allan-

(1) Les recherches et observations anatomiques ont été faites par MM. Dutrochet et Breschet; mais la rédaction du mémoire est toute de M. Dutrochet.

toïde, et qui n'est d'autre chose qu'une prolongation de la vessie du poulet, se développe dans les premiers jours de l'incubation; elle grossit rapidement, et elle se ploye autour de l'amnios qui enveloppe originairement le poulet. Ce dernier acquiert ainsi en dehors de l'amnios une double coiffe vasculaire dans laquelle il est contenu, comme notre tête l'est dans la double enveloppe d'un bonnet de nuit (1). Cette coiffe devient bientôt une enveloppe totale; les bords de la double coiffe devenus contigus se soudent, et le fœtus se trouve avoir acquis deux enveloppes vasculaires entre lesquelles il existe une cavité qui contient l'urine du fœtus. La plus extérieure de ces membranes est le chorion. Celle qui lui est subjacente est la membrane moyenne. Leur ensemble forme la poche allantoïdienne. Les artères qui se rendent à ces membranes partent des iliaques primitives, comme les artères ombilicales des fœtus des mammifères; la seule veine qui en sort se rend dans la scissure du foie, comme la veine ombilicale. Ainsi nul doute que le chorion et la membrane moyenne du poulet ne soient les analogues des chorions et de la membrane moyenne du fœtus des mammifères. Nul doute par conséquent que ces deux membranes ne constituent par leur assemblage la poche al-

(1) Qu'on pardonne cette comparaison triviale; elle n'est point inutile si elle aide à faire comprendre.

lantoïdienne, chez les mammifères et chez les oiseaux. Cependant cette assertion peut être sujette à contestation, et en voici la raison : chez les mammifères l'allantoïde est une poche sans vaisseaux, tandis que l'allantoïde des oiseaux est extrêmement vasculaire. Cette différence provient de ce que le mot allantoïde ne désigne pas la même partie chez les uns et chez les autres. Le chorion du poulet est composé de trois couches . un épiderme extérieur, un tissu vasculaire et un épiderme intérieur; il en est de même de la membrane moyenne. Les mêmes couches se trouvent dans le chorion et dans la membrane moyenne des fœtus des mammifères; mais comme y elles sont bien plus developpées, elles ont été prises pour des membranes particulières, tandis qu'elles n'en sont que des couches. Ainsi, chez les mammifères, on a donné le nom d'allantoïde à la couche épidermique qui double intérieurement le chorion et qui revêt extérieurement la membrane moyenne. Chez les ruminans, cette poche épidermique, dans laquelle est contenue l'urine, est lâchement unie au tissu vasculaire qu'elle revêt, ce qui a encore favorisé l'erreur des anatomistes qui l'ont considérée comme une membrane particulière; mais cette illusion disparaît chez les fœtus de tous les autres mammifères. Chez eux cette poche épidermique ne se présente que comme la doublure interne d'une poche vasculaire formée par le chorion et par la

membrane moyenne, de la même manière cela se présente chez le poulet; de la même manière cela existe chez le fœtus humain; ainsi que je vais l'exposer.

J'avais depuis long-temps le désir d'étudier les enveloppes du fœtus humain dans les premiers temps de la conception; l'occasion de le faire m'a été fournie par mon ami, le docteur *Breschet*, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Médecine de Paris. Nous avons fait cette étude ensemble, et l'observation que je vais rapporter nous est commune.

L'œuf était âgé d'environ six semaines: sa surface exterieure ne présentait plus de traces distinctes de la membrane caduque; probablement elle avait disparu par l'effet d'un séjour de 24 heures dans l'eau; car j'ai observé qu'il en arrivait autant à l'œuf des quadrupèdes par l'action de la même cause. Deux appendices semblables à des chalazes occupaient les deux côtés opposés de cet œuf. Cette particularité dont aucun auteur ne fait mention, était probablement ici une disposition accidentelle que j'attribue au prolongement des membranes fœtales dans l'intérieur des trompes utérines qu'elles auraient dilatées. Le chorion était muni extérieurement d'un épiderme extrêmement fin qui recouvrait un tissu vasculaire d'une médiocre épaisseur; sa face interne était rouge et villeuse. Elle présentait, à ne pouvoir s'y méprendre, l'aspect d'une membrane muqueuse. Un fluide aqueux

peu abondant était contenu entre le chorion en question et la membrane moyenne qui lui était subjacente. Cette dernière était plus dure, plus résistante et plus épaisse que le chorion. Sa surface extérieure présentait une couche épidermique fort épaisse qui recouvrait le tissu vasculaire doublé intérieurement par une autre couche épidermique plus mince et adhérant dans presque toute son étendue à l'amnios. La vésicule ombilicale était contenue entre la membrane moyenne et l'amnios; ce n'était même que près de cette vésicule qu'on pouvait distinguer l'amnios de l'épiderme intérieur de la membrane moyenne ; car par-tout ailleurs leur adhérence intime les confondait, pour l'œil de l'observateur, en une seule membrane. La vésicule ombilicale était distante de quelques lignes de l'insertion du cordon ombilical; on voyait très-distinctement les vaisseaux omphalo-mésentériques qui partaient de la vésicule et qui se rendaient au cordon, compris comme cette dernière, entre l'amnios et la membrane moyenne, à l'endroit où le cordon s'insérait dans la membrane moyenne ; celle-ci avait une épaisseur fort considérable et de beaucoup supérieure à celle qu'elle présentait dans le reste de son étendue. Cette grande épaisseur était due au développement de son tissu vasculaire, qui formait dans cet endroit un disque charnu ; c'était évidement le rudiment du placenta. Le chorion était adhérent au

centre de ce disque, et il n'avait point dans cet endroit une épaisseur plus grande que dans le reste de son étendue.

Le fœtus, dont les membranes commençaient à peine à se développer, était dans un état de dissolution qui ne permit pas de chercher le canal de l'ouraque. Cependant, il eut été fort essentiel de voir s'il s'ouvrait, comme je n'en doute point, sur la surface de la membrane moyenne, cavité qui est celle de l'allantoïde.

Cette observation m'a montré la parfaite similitude qui existe entre l'œuf humain et celui des quadrupèdes, les ruminans exceptés. Cette similitude n'est pas moins exacte, quant à la disposition des membranes, avec l'œuf des oiseaux, des serpens et des lézards. Dans tous on trouve également le fœtus enveloppé, en dehors de l'amnios et de la vésicule ombilicale, par deux membranes vasculaires qui reçoivent les mêmes vaisseaux, et dans l'intervalle desquelles s'épanche l'urine du fœtus. Ce dernier fait n'est pas prouvé, il est vrai, pour le fœtus humain, mais l'analogie parfaite des membranes et la cavité remplie d'eau qui existe entre elles, ne permet pas d'en douter. L'allantoïde existe donc chez le fœtus humain, et son mode d'existence est le même que celui que l'on observe chez les fœtus de tous les quadrupèdes, excepté ceux des ruminans. J'ai indiqué plus haut la cause de cette exception qui n'est qu'apparente. Cependant l'allantoïde présente,

chez le fœtus humain, une particularité remarquable. Chez le fœtus des quadrupèdes la face interne du chorion est parfaitement semblable à la face externe de la membrane moyenne ; elles sont toutes les deux recouvertes par un membrane épidermique qui est l'*allantoïde des quadrupèdes*. Chez le fœtus humain la face interne du chorion est recouverte par une véritable membrane muqueuse, tandis que la face externe de la membrane moyenne est revêtue par une membrane épidermique fort épaisse, de manière que la cavité allantoïdienne offre dans ces deux endroits, deux membranes d'aspect différent. Il serait difficile de dire à quoi tient cette différence, qui du reste n'est qu'apparente ; car on sait que les membranes muqueuses ont comme la peau un épiderme qui s'épaissit et devient visible dans certaines circonstances ; dans l'observation qui nous occupe, cet épiderme malgré son extrême ténuité était facile à apercevoir ; il ne différait donc que par sa ténuité de l'épiderme épais qui recouvrait la membrane moyenne. Ainsi il ne manque à la description de l'allantoïde, chez le fœtus humain que d'avoir trouvé l'ouverture de l'ouraque dans son intérieur. Cette ouverture est oblitérée de très-bonne heure, à ce qu'il paraît, et cela tient à une disposition que je n'ai observée que dans l'œuf humain et que je vais exposer.

Chez les fœtus de tous les quadrupèdes, le

chorion est fort épais et la membrane moyenne d'une extrême ténuité. Le placenta unique ou multiple, est toujours formé par ce développement en épaisseur du tissu vasculaire du chorion. La membrane moyenne reste toujours étrangère à ce gâteau vasculaire. Chez le fœtus humain, au contraire, la membrane moyenne est plus épaisse que le chorion, et c'est du développement en épaisseur de son tissu vasculaire, que naît ce placenta. Le chorion n'en fait partie qu'en s'unissant par adhérence à la face supérieure. Comme le cordon ombilical, et par conséquent, le canal de l'ouraque occupent le milieu du placenta, il en résulte que l'ouraque se trouve oblitéré de bonne heure par le développement de ce gâteau vasculaire, et par les adhérences qui en sont la suite. L'oblitération de l'ouraque occasionne l'adhérence du chorion à la membrane moyenne : n'étant plus séparées par l'interposition d'un fluide sans cesse épanché, ces deux membranes s'unisent et se confondent. C'est ce que l'on observe chez le fœtus humain à une époque un peu avancée de la gestation. Il n'existe plus alors de cavité allantoïdienne. J'ai observé la même disposition chez le fœtus avancé d'un plantigrade (la musaraigne, *sorex mus araneus*). Je soupçonne que cela provient de la même cause.

Ne faisant pas ici un traité *ex professo* sur cette matière, je m'abstiendrai de rapporter les opinions diverses des auteurs qui ont écrit sur

cette partie de la science, jusqu'à ce jour, si obscure. Je me contenterai de donner la synonimie des membranes de l'œuf d'après *Haller*, et d'après *Hunter* en y joignant celle que j'ai adoptée.

HALLER.	HUNTER.	DUTROCHET.			
Membrane extérieure de l'oeuf.	Membrane caduque.	Membrane caduque. Épichorion. de M. le Prof. Chaussier.			
Chorion.	Caduque réfléchie.	Chorion composé de trois couches......	Epiderme extérieur. Tissu vasculaire. Épiderme intérieur	Allantoïde des quadrupèdes.	Allantoïde des oiseaux.
Membrane moyenne.	Chorion.	Membrane moyenne composée de trois couches.	Épiderme extérieur. Tissu vasculaire. Épiderme intérieur.		
Amnios.	Amnios.	Amnios.			

On voit d'après ce tableau, que la nomenclature que j'ai adoptée est empruntée de *Haller* et *Hunter*. J'y ai joint la distinction des diverses couches dont sont composés le chorion et la membrane moyenne, ainsi que la détermination de ce qu'on appelle allantoïde chez les quadrupèdes et chez les oiseaux.

J'aurais subsitué, à l'exemple du professeur *Chaussier*, le nom d'épichorion au nom assez

insignifiant de membrane caduque, si l'emploi de ce nom ne m'avait paru propre à opérer quelque confusion dans les idées. Peut-être eut on pensé que je désignais ainsi l'épiderme extérieur du chorion.

Pourquoi *Hunter* a-t-il imposé le nom de chorion à la membrane moyenne de *Haller*, et a-t-il donné celui de membrane *caduque réfléchie* au chorion de ce dernier? Cela me paraît provenir de ce que *Haller* a établi ses dénominations spécialement d'après l'étude de l'œuf des quadrupèdes, et *Hunter* d'après l'étude de l'œuf humain. Le nom de chorion a dû, dans l'esprit de tous les anotomistes, devoir être donné à la plus épaisse et à la plus dure des membranes qui enveloppent extérieurement le fœtus. Or, la membrane moyenne de *Haller* étant, chez le fœtus humain, plus épaisse et plus dense que le chorion du même anatomiste, ce qui est l'inverse de ce qui existe chez les quadrupèdes, cela aura induit *Hunter* en erreur, et l'aura porté à donner à cette membrane le nom de chorion; il aura ensuite imaginé que la membrane qui recouvre ce prétendu chorion était une dépendance de la membrane caduque, ainsi que l'indique le nom de *caduque réfléchie* qu'il a imposé au véritable chorion.

SÉANCES DE LA FACULTÉ.

16 *Octobre.* (*Assemblée extraordinaire.*)

M. le professeur *Deyeux* rend compte verbalement, au nom d'un des membres de la Commission nommée dans une des précédentes séances, des démarches officieuses qui ont été faites auprès des membres du Conseil des hospices, à l'effet d'obtenir des sujets d'anatomie. Dans la crainte que ce genre de démarches ne soit insuffisant, la Faculté décide, 1.º que tout en les continuant, il sera fait une démarche officielle auprès du Conseil, et qu'à cet effet M. le président écrira au président du Conseil des hospices, pour demander qu'il soit formé une commission mixte qui s'occupera de lever les difficultés qui se sont élevées relativement aux sujets que la Faculté doit tirer des hôpitaux de Paris ; 2.º et que subsidiairement une commission s'occupera de la rédaction d'un mémoire qui devra être adressé au Ministre de l'Intérieur et à la Commission de l'Instruction publique; pour ce second objet, elle nomme commissaire M. le Doyen, et par la voie du scrutin, MM. *Hallé* et *Béclard*.

L'Assemblée s'occupe ensuite de la discussion des propositions de M. le Doyen, relatives à l'Ecole-Pratique.

La Faculté charge son secrétaire de remercier M. *Laennec*, qui donne une collection de pièces d'anatomie morbide, pour être déposée dans les cabinets de l'Ecole de Médecine.

La Faculté entend la lecture d'une observation

faite par M. Béclard, au nom d'une commission, du procès-verbal du concours des élèves sages-femmes.

27 *Octobre.* (*Assemblée extraordinaire.*)

M. le président communique à l'Assemblée la lettre qu'il a adressée au Conseil des hospices civils, conformément à la décision prise par la Faculté dans l'Assemblée du 18 octobre, et la réponse qu'il en a reçue. Le Conseil d'administration de la Faculté ayant eu, pendant les vacances, communication de cette réponse, dans laquelle le Conseil des hospices annonce qu'il a nommé une commission de quatre de ses membres, pour s'occuper des sujets d'anatomie dont la Faculté a besoin; le Conseil d'administration en a formé une de son côté, pour s'occuper du même objet, conjointement avec celle du Conseil des hospices, et a désigné pour en faire partie, MM. *Leroux*, *Dubois*, *Hallé* et *Desormeaux*. La Faculté approuve.

La séance solennelle de rentrée est fixée au mercredi 10.

Le concours d'admission de l'Ecole-Pratique est fixé au mardi 9. MM. *Chaussier*, *Béclard*, *Des Genettes*, *Lallement* et *Vauquelin* sont désignés pour être juges de ce concours.

M. le professeur *Hallé* a fait présent, pour le cabinet de physique de la Faculté, de deux boussoles, l'une de déclinaison et l'autre d'inclinaison; ces instrumens inventés et exécutés depuis peu par M. *Lenoir*, un de nos plus habiles constructeurs, ont fait partie de la dernière exposition des produits indus-

triels, et sont actuellement déposés dans les collections de la Faculté.

La boussole de déclinaison est munie de son niveau et de vis à caler; elle porte une lunette dont l'axe se met dans un plan vertical, que l'on peut à volonté placer dans tous les azimuts. Cette portion de l'appareil sert à fixer l'instrument dans le plan du méridien du lieu de l'observation, ou même à trouver, par la méthode des hauteurs correspondantes, la position inconnue de ce plan. Le cercle horisontal sur lequel on mesure la déclinaison de l'aiguille aimantée, à 0, 20 de diamètre, est divisé en demi-degrés, et, à raison de sa mobilité, permet, ainsi que tous les *instrumens répétiteurs*, de multiplier les observations autant qu'on le juge convenable, afin de se mettre à l'abri des erreurs auxquelles les inexactitudes peu probables de la division du limbe pourraient donner naissance. Enfin, pour corriger l'influence nuisible que produirait le défaut de co-incidence des axes magnétique et matériel de l'aiguille, on a disposé celle-ci de façon à pouvoir en opérer le retournement, c'est-à-dire rendre supérieure la face qui était d'abord inférieure, *et vice versâ*. Delà il résulte que la moyenne conclue de huit observations seulement, quatre pour chacune des faces de l'aiguille, fera connaître, à deux minutes près, la déclinaison magnétique, pourvu qu'on ait eu soin, dans ses évaluations partielles, de ne pas négliger les quarts de degré.

La boussole d'inclinaison est composée de deux cercles, l'un vertical et l'autre horisontal. Lorsque le second est orienté, il sert à déterminer la position des plans azimuteux, dans lesquels on peut

successivement diriger le premier. Au centre de celui-ci est placé l'axe d'une aiguille aimantée, dont les centres de gravité et de mouvement doivent être tellement confondus que, abstraction faite de l'influence magnétique, elle garderait indistinctement toutes les situations qu'on pourrait lui faire prendre. Le cercle vertical est divisé en demi-degrés, et comme on peut alternativement observer l'aiguille dans le plan du méridien magnétique, dans deux autres plans rectangulaires, et enfin par la méthode des oscillations, il en résulte qu'en prenant la moyenne de ces différens résultats, on obtient l'inclinaison cherchée avec une très-grande exactitude. Au reste, en se servant de cet instrument, il faut ne pas négliger les moyens de rectification dont il a déjà été question relativement à la mesure de la déclinaison. Ainsi, il faut opérer le retournement de l'aiguille, et sur-tout changer ses poles, afin de faire disparaître les inexactitudes que l'on commettrait si les centres de gravité et de suspension ne se confondaient pas rigoureusement.

La Faculté, en acceptant les deux instrumens dus à la générosité de M. *Hallé*, vote des remercie-mens au douataire, dont le nom sera honorablement inscrit et gravé sur chacun d'eux.

4 *Novembre.*

On donne lecture d'une lettre de M. le Conseiller d'Etat, directeur général de l'Administration communale et départementale, qui demande le rapport de la Faculté sur le fauteuil Lucinaire de M. *Rouget.*

La Faculté arrête, que le catalogue de la Biblio-

thèque sera imprimé. M. *Moreau* doit faire un rapport à ce sujet dans la prochaine séance.

Séance extraordinaire et publique pour la rentrée de la Faculté et pour la distribution des Prix, le 16 *Novembre* 1819.

En présence de MM. *Cuvier*, *Sylvestre de Sacy* et *Guénaud de Mussy*, membres de la Commission d'Instruction publique, de MM. les inspecteurs généraux, de MM. les membres de la Société de Médecine établie dans le sein de la Faculté, des élèves de la Faculté et d'un grand nombre d'auditeurs invités à assister à la séance, M. le professeur *Desormeaux* a prononcé un discours à la suite duquel M. le professeur *Béclard*, secrétaire de la Faculté, a proclamé les noms des élèves de l'Ecole pratique qui ont mérité les prix, et ceux des sages-femmes qui en ont obtenu; et ils les ont reçus des mains de M. le président de la commission.

M. le professeur *Leroux* a ensuite proclamé les noms de MM. les élèves de la Clinique interne qui ont dû recevoir les médailles fondées par M. *Corvisart*, professeur honoraire, et il en a fait la distribution.

Prix décernés aux Elèves de l'Ecole-Pratique.

PREMIÈRE CLASSE.

Anatomie Physiologie de l'homme sain et malade.

Prix. M. *Dugès* (*Louis-Antoine*), né le 19 décembre 1797 à Landrecies (*Nord*).

Accessit. M. *Leudet* (*Emile*), né le 22 mars 1794 à Pontaudemer (*Eure*).

Physique et Chimie médicales, et Pharmacie.

Prix. M. *Leudet.*
Accessit. M. *Dugès.*

Clinique interne et externe.

Prix. MM. *Dugès* et *Leudet.*

Accessit. MM. *Bourgery* (*Marc-Jean-Heuri*), né le 27 mai 1797 à Orléans, et *Thomas* (*François*), né le 9 janvier 179 à Fermeté (*Nièvre*).

SECONDE CLASSE.

Anatomie et Physiologie de l'homme et des animaux.

Prix. M. *Bouvier* (*Sauveur-Henri-Victor*), né le 21 janvier 1799, à Paris.

Accessit. M. *Jacquemin* (*Etienne-Joseph*), né 28 février 1796, à Paris.

Histoire naturelle, Physique et Chimie médicale.

Prix. M. *Bouvier.*

Accessit. M. *Seneaux* (*Charles-François*), né le 27 mai 1794; à Murat (*Tarn*).

Pathologie interne et externe.

Prix. M. *Bouvier.*

Accessit. M. *Legère* (*Charles-Victor*), né le 25 décembre 1795, à Fontenay-Fleury (Seine et Oise).

TROISIÈME CLASSE.

Anatomie et Physiologie de l'homme.

Prix. MM. *Desportes* (*François-Eugène*), né le 20 juillet 1797, à Lyon (Rhône);

Et *Mailly* (*Pierre-Olivier*), né le 27 mars 1796, à Paris.

Accessit. MM. *Devergie* (*Marie-Guillaume-Alphonse*), né le 18 février 1798, à Paris;

Et *Bouillaud* (*Jean*), né le 16 septembre 1796, à Garat (Charente).

Histoire naturelle, Physique et Chimie générale.

Prix. MM. *Devergie* et *Bouillaud.*

Accessit. MM. *Desportes* et *Andral* (*Gabriel*), né le 6 novembre 1797, à Paris.

Prix décernés aux Elèves Sages-Femmes.

Premier Prix. M.lle *Lobgeois* (*Marie-Clotilde*), née le 20 août 1797, à Paris.

Second Prix. M.lle *Bernant* (*Pierrette-Françoise*), née le 28 juin 1798, à Pars.

Accessit. MM.lles *Foucault* (*Marie-Geneviève*), née le 8 septembre 1797, à Paris; et *Quentin* (*Marie-Emilie*), née le 17 janvier 1797, à Paris.

Médailles d'encouragement, en argent, accordées aux Elèves de la Clinique interne, membres de la Société d'Instruction médicale, suivant la fondation de M. le professeur Corvisart.

M. *Meirien* (*Auguste*), né le 2 juin 1795, à S.t-Gilles (Gard), candidat en médecine.

M. *Lamarque* (*Aristide-Ambroise*), né le 8 avril 1796, à Poitiers (Vienne), étudiant.

M. *Pesle Duplessis* (*Charles-Numa*), né le 13 décembre 1797, à Lemalanges (Deux-Sevres), candidat.

M. *Jubré* (*Adolphe-Charles-François*), né le 15 mars 1795, à Vire (Calvados), candidat.

18 *Novembre.*

L'Assemblée entend la lecture d'un rapport fait à Son Excell. le Ministre de l'Intérieur, à l'occasion d'une demande du Ministre de la Marine, au sujet de l'importation dans les colonies, de l'engrais connu sous le nom de *poudrette*. Les conclusions de ce rapport, sont : 1.o que les accidens qu'on a reprochés à l'exportation de l'engrais appelé poudrette, ne peuvent être attribués qu'au peu de soin avec lequel cette exportation a été faite ; 2.o que l'embarquement de cet engrais ne doit être fait qu'à l'état de parfaite siccité ; 3.o qu'on ne doit en faire l'exportation qu'en le renfermant dans des tonneaux exactement remplis : qu'il est essentiel de se servir pour cela de quarts bien goudronnés et calfatés avec soin. Qu'en remplissant les conditions avec exactitude, il paraît impossible que cette exportation ait aucun des inconvéniens qu'on a cru devoir attribuer à son transport aux colonies : qu'il est essentiel que dans la traversée, on veille avec soin à ce que dans la traversée les vaisseaux qui contiennent cet engrais n'éprouvent aucune avarie ; auquel cas il faudrait absolument le rejeter du bord dans lequel ils auraient éprouvé les altérations. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

---

2 *Décembre.*

MM. *Deyeux* et *Marjolin* sont chargés d'examiner deux recettes sur la poudre de Ceylan et l'huile de Macassar, adressées par M. le Directeur général de l'Administration communale et départementale.

MM. *Chaussier* et *Duméril* sont, d'après une semblable demande, nommés commissaires pour examiner une recette d'un remède proposé pour la guérison de la rage.

M. le Doyen a communiqué à l'assemblée une correspondance qu'il vient d'avoir avec la commission de l'Instruction publique; elle comprend les pièces suivantes dont l'assemblée a ordonné l'insertion au procès-verbal et dans son Bulletin.

1.° Lettre de M. *Cuvier*, en date du 28 novembre, ainsi conçue: « M. *Cuvier* est venu prier M. le » Doyen de la Faculté de Médecine de vouloir bien » lui donner, pour la Commission de l'Instruction » publique, les détails de ce qui s'est passé à la » Faculté, et dont le Journal des Débats a parlé » aujourd'hui, ainsi que ce qu'il pense sur ce qui » pourrait arriver ultérieurement, et les précau- » tions qu'il a prises pour arrêter d'autres désordres. » *Signé*, G. CUVIER. »

2.° Lettre de M. le Doyen à M. *Cuvier*, en date du même jour, et conçue en ces termes:

Paris, le 28 novembre 1819.

MONSIEUR,

« J'ai l'honneur de vous adresser, ainsi que vous » le désirez, pour la Commission de l'instruction pu- » blique, les détails de ce qui s'est passé hier à la » Faculté de Médecine. »

« Vers huit heures du matin, le portier de la » Faculté m'apporta l'affiche ci-jointe qu'il venait » d'enlever de dessus l'une des colonnes: »

« Messieurs les étudians à qui sont chères les li- « bertés que la charte a consacrées sont priés de pas-

« ser chez M. Baillère, libraire, rue de l'École de
« Médecine, n.o 16, pour y signer une pétition
« adressée au membres de la chambre des députés.
« 27 septembre 1819. »

« Au revers il est écrit la même chose, mais le ren-
» dez-vous était indiqué chez M. Croullebois, li-
» braire, rue des Mathurins St-Jacques. »

« Ce fut un éveil pour moi, je restai à l'École.
» Vers midi, on vint m'avertir que le grand am-
» phithéâtre était rempli d'élèves, et que l'un d'eux
» monté dans la chaire faisait une lecture.»

« J'entrai dans l'amphithéâtre où il y avait environ
» sept à huit cents personnes. Ayant obtenu du si-
» lence au bout de quelques minutes, j'avertis l'élève
» orateur qu'il était inconvenant qu'il fût dans cette
» chaire, et je l'engageai à en descendre, ce qu'il
» fit sur le champ.»

« Je dis ensuite aux élèves qu'ils devaient être
» réunis dans l'amphithéâtre pour entendre les leçons
» de leurs professeurs, ou pour assister aux actes
» publics de la Faculté et non pas pour faire un
» rassemblement; que la leçon de M. Richerand, qui
» était déjà arrivé, allant commencer, je priais ceux
» qui ne voulaient point entendre cette leçon de
» sortir de l'amphithéâtre. J'ajoutai que les élèves
» en Médecine s'étaient si bien conduits dans de
» pareilles circonstances, que je complais sur leur
» docilité. »

« Il n'y eut aucune marque d'improbation, aucun
» murmure : au contraire quelques *bravos* furent sui-
» vis d'applaudissemens de la majeure partie de l'am-
» phithéâtre. »

« Deux ou trois élèves proposèrent de se réunir

» dans la cour de la Faculté. Je repris la parole, et » je dis que je ne pouvais pas plus souffrir de ras- » semblement dans la cour, ou dans tout autre » local dépendant de la Faculté, que dans son am- » philhéatre.»

« Il sortit environ un tiers des élèves, il se forma » un petit groupe dans la cour; mais rien n'y fut lu, » rien n'y fut signé. La plupart rentièrent dans » l'amphithéatre, les autres s'en allèrent fort tran- » quillement.»

« Toute la scène n'a pas duré vingt minutes; elle » n'a présenté aucun caractère tumultueux ou » inquiétant; il n'y a eu ni mutinerie, ni résis- » tance.»

3.o Lettre de M. *Cuvier* à M. le Doyen, en date du 1.er décembre, ainsi conçue :

Commission de l'Instruction publique.

« M. le Doyen, vous avez informé la Commission » que des Elèves de la Faculté sont montés à la tri- » bune de l'amphithéatre pour provoquer leurs ca- » marades à signer des pétitions aux Chambres. La » Commission se voit dans le cas de vous inviter à » faire toutes les recherches nécessaires pour décou- » vrir les auteurs de ces provocations, et à les lui » faire connaître sans délai. Recevez, monsieur le » Doyen, l'assurance de ma considération la plus » distinguée. Le Conseiller d'Etat, membre de la » Commission exerçant les fonctions de président » *Signé*, G. CUVIER. »

4.o Lettre de M. *Cuvier* à M. le Doyen, en date du 1.er décembre 1819 : « M. le Doyen, j'ai l'hon- » neur de vous adresser l'arrêté que la Commission

» a pris dans sa séance d'hier, et dont vous voudrez
» bien m'accuser réception. *Signé*, G. CUVIER. »

5.o Extrait des procès-verbaux de la Commission d'instruction publique.

Séance du 30 *Novembre* 1819.

COMMISSION DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Extrait du procès-verbal de la séance du 30 *Novembre* 1819.

LA Commission, vu le rapport qui lui a été adressé par le Doyen de la Faculté de Medecine de l'Académie de Paris, sur la tentative faite, le 27 du courant, pour porter le trouble parmi les étudians de cette Faculté;

Vu le rapport du Doyen de la Faculté de Droit, sur une tentative semblable faite dans cette Faculté, cejourd'hui 30 novembre;

Considérant combien il importe de maintenir parmi les étudians des Facultés le bon esprit qui les a animés jusqu'à ce jour, et d'empêcher que quelques malveillans n'excitent dans les lieux consacrés à l'instruction de la jeunesse, des dissensions également préjudiciables au bon ordre et au progrès des études;

A arrêté et arrête ce qui suit :

ART. I.er Il est interdit à tout autre qu'aux professeurs, et aux étudians interrogés par eux, de prendre la parole dans les auditoires, ainsi que dans l'enceinte des Facultés.

ART. II. Tout étudiant qui contreviendra à l'article précédent, sera rayé des registres de la Faculté à laquelle il appartient, et ne pourra prendre d'in-

scription dans aucune autre Faculté, avant une année révolue, sans préjudice des peines plus graves qui pourront lui être infligées dans l'ordre de la juridiction académique, d'après la nature des discours qu'il aura tenus.

ART. III. Le présent arrêté sera adressé aux Doyens des cinq Facultés de l'Académie de Paris, lesquels seront chargés de veiller à son exécution dans leurs Facultés respectives.

Signé au registre :

Le Conseiller d'État, Membre de la Commission, exerçant les fonctions de Président,

G. CUVIER.

Le Secrétaire-général,

PETITOT.

Pour copie conforme :

Pour le Secrétaire-général,

GUÉNEAU DE MUSSY.

6.° Une lettre en date du 2 décembre 1819, avec vingt affiches imprimées. — « M. le Doyen, la Commission vous adresse vingt exemplaires de l'arrêté » qu'elle a pris le 30 novembre pour assurer le » maintien de l'ordre parmi les Etudians dans les » Facultés. Vous voudrez bien faire afficher cet » arrêté dans l'enceinte de la Faculté de Médecine, » et en assurer l'exécution. »

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ.

11 *Novembre.*

M. *Dupuytren* a entretenu verbalement la Société d'un cas de cancer pour lequel il a extirpé le pénis, jusqu'à l'insertion des corps caverneux aux tubérosités de l'ischion d'une part, de l'autre jusqu'à l'union de la partie bulbeuse du canal de l'urètre avec sa partie membraneuse. Les bourses qui avaient été divisées, ont été rapprochées et réunies; une sonde a été placée dans le col de la vessie. Grâces aux précautions prises, aucun accident n'est survenu. Le malade adressé par M. *Percy* a été opéré il y a deux mois: il est parfaitement guéri, et il rend à volonté les urines par une fistule établie au périnée.

M. *Breschet* lit en son nom et en celui de M. *Dutrochet* un Mémoire sur les enveloppes des fœtus humains. La Société accueille avec empressement la présentation que M. *Breschet* fait de M. *Dutrochet* comme correspondant.

M. Ameline lit une Notice sur un nouveau procédé pour remédier à la sortie prématurée du cordon ombilical. M. *Ribes* est nommé commissaire.

M. Le professeur *Percy* donne communication d'une lettre qui lui a été écrite par M. le docteur *Magnin*, aide-major dans la légion des chasseurs de la Meuse, contenant l'observation d'un cas de réunion exacte d'une portion de la conque de l'oreille droite divisée et entièrement separée, chez un

homme, après avoir été réappliquée methodiquement.

Sur la proposition de son Secrétaire, la Société arrête que le nom de M. le docteur *John Tomson* d'Edimbourg sera substitué sur la liste de correspondans étrangers nommés dans la séance précédente à celui de M. *James Johnson* qui avait été nommé le 21 août de l'an dernier : que dans la liste imprimée il sera fait les corrections suivantes : le docteur *Hamilton Senior* à Edimbourg et non à Londres, et qu'il sera ajouté après le nom de M. le docteur *Lawrence* à Londres.

La Société a arrêté également qu'il serait adressé un diplôme de correspondant regnicole à M. le docteur *Dutrochet*, correspondant de l'Académie royale des sciences, à Château-Renault, département d'Indre et Loire.

25 *Novembre.*

M. le docteur *Sommé*, médecin à Anvers, correspondant, adresse la description d'un nouveau bandage pour la fracture de la clavicule.

M. le professeur *Percy* communique une observation relative à une dépression considérable d'un os pariétal produite par une pièce de charpente, sans qu'il en soit résulté d'accident. Cette observation qui sera insérée au Bulletin a été recueillie par M. *Jannin*, chirurgien à Lagny.

MM. *Chaussier* et *Duméril*, qui avaient été char-

gés de s'assurer de la réalité de quelques circonstances relatives à la résection des os de jambes, faite à Amiens par M. le docteur *Josse*, font un rapport détaillé qui sera annexé à celui de MM. les commissaires précédemment nommés dont l'adoption est définitivement arrêtée par la Société.

On donne lecture d'une observation de M. le docteur *Routier* d'Amiens, sur une mort produite par la présence d'une pièce de cinq francs, laquelle avait séjourné plus d'un mois dans l'œsophage à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale, et derrière la bifurcation de la trachée à laquelle l'œsophage était adhérent.

M. *Jules Cloquet*, prosecteur de la Faculté, soumet à l'examen des membres de la Société plusieurs pièces d'anatomie pathologique.

Entre autres, 1o. un cas de suppuration et de destruction complète de la symphyse de pubis, chez une jeune femme nouvellement accouchée.

2.o Un cas d'exostose articulée et naissant de l'épine du pubis. Cette exostose, formée de deux portions mobiles est remarquable par le développement d'une articulation diarthrodiale dans laquelle on retrouve une capsule fibreuse de cartilages d'incrustation et une membrane synoviale. Cette pièce osseuse avait décomposé l'anneau inguinal et donnait insertion au muscle moyen adducteur.

3.o Un énorme fongus cancéreux développé sur le pied d'un berger, maladie pour laquelle M. le professeur *Richerand* a été obligé de pratiquer

l'amputation. La tumeur était principalement formée par le tissu auquel M. *Laennec* a donné le nom d'encéphaloïde.

C. DUMÉRIL, *Secrétaire*.

JOURNAL
DE MÉDECINE, CHIRURGIE,
PHARMACIE, etc.

DÉCEMBRE 1819.

DE L'INFLUENCE

DES EFFORTS SUR LES ORGANES RENFERMÉS DANS LA CAVITÉ THORACIQUE;

Par M. JULES CLOQUET.

LES pathologistes se sont rendu un compte exact des effets produits par la contraction des parois de l'abdomen sur les viscères renfermés dans cette cavité; ils ont pu apprécier, d'une manière pour ainsi dire mathématique et tout-à-fait satisfaisante pour l'esprit, l'influence de la position du corps, de la texture, de la résistance des parties contenantes, sur les déplacemens accidentels des organes contenus, sur la formation des diverses espèces de hernies. Il reste maintenant peu de choses à faire sur cette partie de la science; mais on a beaucoup moins étudié l'action que les parois de la poitrine exercent en se

contractant, sur les viscères importans qu'elles renferment et qu'elles protègent si efficacement contre l'action des corps extérieurs. Ce point particulier de mécanique animale mérite d'être éclairci par de nouvelles observations et de nouvelles expériences; il peut donner lieu à des considérations utiles sur l'exercice des fonctions, et la production de certaines maladies des organes pectoraux. Je vais en offrir un simple aperçu, auquel pourront se rallier une foule de faits intéressans qu'on trouve épars dans les auteurs, et que les praticiens ont journellement occasion d'observer.

Il est facile de déterminer les changemens de forme et d'étendue qu'éprouve la poitrine pendant l'inspiration et l'expiration. On voit alors cette cavité se dilater et se rétrécir alternativement, et les viscères qu'elle contient, obéir, d'une manière passive à ses mouvemens, être tour-à-tour dilatés et comprimés. Je n'examinerai pas ici l'action des parois du thorax, dans les mouvemens ordinaires de la respiration, elle est trop généralement connue; je veux seulement la considérer pendant les efforts.

La poitrine peut se resserrer, 1.° par la seule élévation du diaphragme; 2.° par le seul abaissement des côtes; 3.° enfin, tout à-la-fois, par l'abaissement des côtes et l'élévation du diaphragme (1).

(1) Le poumon jouit, pendant la vie, d'une élasticité, d'une contractilité de tissu qui persiste après la mort et

Dans le premier cas ; c'est-à-dire , lorsqu'en refoulant en haut le diaphragme et en maintenant les côtes immobiles , nous rétrécissons la poitrine , la base du

---

tend sans cesse à faire revenir cet organe sur lui-même , à lui faire occuper un volume moindre que n'est la capacité de la cavité qui le renferme. Cette contractilité de tissu joue un rôle important dans les mouvemens ordinaires d'expiration, dans ceux qui arrivent pendant le plus parfait repos, durant le sommeil, par exemple. La poitrine a été dilatée uniquement dans l'inspiration par l'action musculaire ; elle est ensuite resserrée principalement lors de l'expiration par l'élasticité des os, des ligamens, des cartilages, des muscles expirateurs qui forment ses parois, par le retour sur elles-mêmes des parois abdominales qui ont été distendues , et sur-tout par la contractilité de tissu des poumons.

L'inspiration est un mouvement essentiellement actif, entièrement soumis à la contraction musculaire sans laquelle il ne peut s'effectuer; l'expiration ordinaire est un mouvement purement passif, dépendant du relâchement des muscles inspirateurs, de l'élasticité des parois de la cavité thoracique et des poumons qu'elle renferme , bien que, dans une foule de cas, les muscles par leur contraction, l'augmentent, la suspendent, l'accélèrent, la modifient de mille manières différentes. On ne peut que très-imparfaitement simuler, sur un cadavre, l'inspiration qui, dans l'état de vie, est opérée par l'action musculaire. Si l'on pousse de l'air dans la trachée-artère, ce fluide distend le poumon et la poitrine, et dès qu'on cesse de faire agir le piston de la seringue, il est chassé, il est expiré par la seule force élastique des

cône que représente cette cavité s'élève, sa capacité diminue spécialement dans le sens vertical. Le poumon remonte ou plutôt se raccourcit; le pour-

---

organes respiratoires. C'est encore la contractilité du poumon qui produit l'expiration, et tire le diaphragme vers la poitrine, sur un animal dont on a ouvert l'abdomen. Ce n'est point alors, comme on l'a prétendu, la seule pression de l'atmosphère qui cause le refoulement du diaphragme, puisque cette pression ne pourrait agir que dans le cas où le vide se ferait dans la cavité thoracique, ce qui n'arrive pas, vu que la colonne d'air renfermée dans les voies aériennes, communique librement avec l'air ambiant. Cette même contractilité de tissu fait que les poumons se retirent sur eux-mêmes vers la colonne vertébrale, dès qu'on pratique une ouverture aux plèvres, et que l'air extérieur pénètre avec rapidité dans la cavité de ces membranes séreuses. C'est encore en vertu de cette même propriété de tissu, qu'un poumon isolé dans lequel on a poussé de l'air, se resserre dès qu'on cesse l'insufflation.

Dans les mouvemens ordinaires de la respiration, il y a donc une lutte continuelle entre l'action musculaire et la force élastique des parois thoraciques et du poumon; entre les forces vitales, d'une part, et les propriétés de tissu, forces purement physiques, de l'autre. On sait que la vie finit par une expiration, et qu'à la cessation des forces vitales, survivent les forces physiques, lesquelles n'étant plus contre-balancées par les premières, semblent alors même reprendre tout leur empire.

Il arrive chez certains rachitiques, dont les côtes, comme les autres os, sont molles, flexibles, que la poitrine

tour de la plèvre diaphragmatique s'applique successivement de bas en haut et de dedans en dehors, contre la plèvre costale correspondante; le bord libre qui

---

se déforme, se resserre transversalement, que les parties latérales et antérieures de cette cavité se portent en dedans, se creusent de telle façon, que l'extrémité sternale des côtes devient convexe en dedans et concave en dehors. Cet enfoncement des côtes est bien certainement dû à ce que ces os, dont la mollesse est alors très-grande, sur-tout en avant, rentrent en suivant le mouvement de rétraction du poumon à chaque expiration; comme les côtes n'ont dans cet endroit aucun muscle qui contre-balance cette action élastique du poumon, en les tirant directement en dehors, elles se portent insensiblement vers le centre de la poitrine, en changeant de forme et de direction. Les cartilages costaux étant plus élastiques et réellement bien moins flexibles que les os chez les rachitiques, ne se tordent pas autant qu'eux; il en résulte que leur extrémité costale se porte en dedans, et la sternale en avant par une sorte de mouvement de bascule. Aussi, chez ces individus, le sternum est-il pour ainsi dire projeté en avant, et remarquable par la saillie qu'il fait au-devant de la poitrine, à laquelle il donne une forme de carène. Voulez-vous vous assurer de la vérité de cette explication mécanique? détachez, ainsi que je l'ai fait, le thorax d'un individu bien constitué, en enlevant seulement les parties molles extérieures, et en conservant soigneusement les muscles inter-costaux, le diaphragme et les plèvres dans leur intégrité; plongez votre pièce dans une légère lessive d'acide muriatique, afin de ramollir les côtes. Dès que ces os seron

forme la circonférence de la base du ponmon, s'éloigne des insertions du diaphragme aux côtes, en s'élevant, en se retirant de l'espèce de cul-de-sac

réduits à leur parenchyme gélatineux, vous les verrez s'enfoncer vers le centre de la poitrine. Faites mieux encore : avec une seringue aspirez l'air renfermé dans la trachée-artère et ses divisions, l'enfoncement des parois thoraciques et des côtes qui suivent passivement le resserrement du poumon, sera bien plus considérable. Le vice de conformation du thorax dont je viens de parler, est un indice bien plus certain du rachitis que de la phthisie pulmonaire, quoiqu'il se rencontre fréquemment dans cette dernière maladie.

Les poumons doivent leur faculté contractile au tissu qui, avec les cerceaux cartilagineux, forment la trachée-artère et les bronches. Ce tissu, ou plutôt la fibre qui en est l'élément anatomique, a été mal-à-propos prise par Wolfhart, et quelques autres physiologistes, pour la fibre musculaire. Elle est, suivant M. le professeur Béclard, la même que la fibre artérielle, la même que celle qui forme les ligamens jaunes, éminemment élastiques, que l'on rencontre dans diverses parties du corps d'un grand nombre d'animaux.

Dans les cas de rupture, de déchirure accidentelle du diaphragme, maladies dont M. le professeur Percy a rapporté plusieurs exemples dans un de ses savans articles du Dictionnaire des Sciences Médicales, et qui arrive spécialement pendant de grands efforts, ce n'est jamais le poumon qui passe dans la cavité du ventre, mais bien les viscères abdominaux qui remontent et s'introduisent dans la capacité de la poitrine. Alors, en effet, les parois osseuses de la poitrine ne suivant qu'incomplètement le

demi-circulaire qu'on voit de chaque côté entre ce muscle et les parois latérales de la poitrine (1).

---

resserrement, la rétraction du poumon, il tend à se faire dans la plèvre un vide que remplissent bientôt les viscères de l'abdomen, lesquels sont de plus constamment comprimés par les parois élastiques et contractiles de cette cavité.

(1) Ce cul-de-sac, tapissé par les plèvres, et qui est, dans l'inspiration profonde, entièrement rempli par le bord tranchant de la base du poumon, se vide alors complètement et augmente beaucoup en profondeur. On peut se convaincre de ce fait sur lequel mon intime ami, M. le docteur Chomel, avait excité mon attention, par l'expérience suivante : on comprime fortement sur un cadavre, les parois antérieures et latérales de l'abdomen, de manière à faire remonter vers le thorax les viscères abdominaux et le diaphragme, tandis qu'en même temps on resserre la base de la poitrine en abaissant les côtes, afin de simuler les mouvemens d'une expiration forcée ; on enfonce horizontalement des épingles de fer, longues de quatre à cinq pouces, dans les parties latérales de la base de la poitrine ; ces épingles sont placées dans les intervalles des côtes, les unes au dessus des autres, de manière à ce qu'elles traversent à-la-fois les muscles intercostaux et le diaphragme, en passant à travers le cul-de-sac des plèvres. On voit ensuite, en ouvrant la poitrine, que ce cul-de-sac est entièrement vide dans une étendue plus ou moins grande, et qui est quelquefois de cinq à six pouces. J'ai vu dans plusieurs sujets, la base du poumon remonter du niveau de la dixième côte, à l'intervalle qui sépare la cinquième de la sixième,

Pendant le mouvement d'élévation du diaphragme et du poumon, si l'air est retenu dans ce dernier or-

---

et même plus haut. Il est facile de déterminer la hauteur à laquelle s'est élevée la base du poumon, vu que cette partie de l'organe se trouve traversée et fixée par l'une des épingles supérieures, de sorte qu'elle ne peut redescendre dans la partie profonde du cul-de-sac des plèvres, quand on cesse de comprimer les parties et que le diaphragme s'abaisse par l'entrée de l'air dans la cavité des plèvres. J'ai plusieurs fois répété cette expérience avec succès, sur des cadavres de suppliciés. Il est nécessaire pour sa réussite, comme bien on pense, que le poumon soit exempt d'adhérences avec les plèvres costale et diaphragmatique.

On peut encore s'assurer des rapports de la face supérieure du diaphragme avec les parois latérales de la poitrine, en examinant ce muscle par sa face inférieure, après avoir ouvert la cavité de l'abdomen, et en le palpant avec les doigts vers sa circonférence. On sent qu'il est appliqué immédiatement contre la face interne des côtes dans la moitié environ de son étendue, et que la base du poumon est placée plusieurs pouces au-dessus du cul-de-sac inférieur des plèvres. J'ai maintenant sous les yeux le cadavre d'un homme fortement constitué, qui vient de mourir à l'hôpital Saint-Louis, d'un écrasement du bassin et d'une rupture de la vessie avec épanchement d'urine dans le péritoine. La poitrine offre cette heureuse conformation qui appartient aux individus les plus vigoureux ; le diaphragme est refoulé vers cette cavité comme dans une expiration forcée. La base du poumon droit est placée entre la troisième et la quatrième

gane par un mécanisme que j'indiquerai bientôt, et si les intercostaux et les autres muscles qui rete-

côtes sternales, celle du poumon gauche entre la quatrième et la cinquième : le cul-de-sac des plèvres a d'un côté, cinq pouces de profondeur, et de l'autre six pouces. Le poumon est parfaitement sain et libre de toute adhérence.

Il est évident, d'après les faits ci-dessus énoncés, 1.° que les plèvres pulmonaire et costale glissent l'une sur l'autre vers la base du poumon, dans une étendue de cinq à six pouces, et que, par conséquent, ces deux feuillets membraneux se correspondent par des points très-différens, lorsque la poitrine est dilatée et quand elle est resserrée. Il en est de même des plèvres pulmonaire et diaphragmatique vers la circonférence du diaphragme et le pourtour de la base du poumon.

2.° Que la base du poumon, qui est toujours exactement moulée sur le diaphragme, se rétrécit à mesure que ce muscle remonte en s'appliquant contre les côtes, vers le sommet de l'espèce de cône creux représenté par le thorax.

3.° Que les adhérences accidentelles et générales du poumon à toute la surface des parois du thorax, en empêchant le glissement des organes contenus sur les parois de la cavité viscérale, s'opposent plus ou moins à la dilatation et sur-tout au resserrement de cette cavité ; qu'elles ne nuisent que peu à l'abaissement du diaphragme, mais qu'en retenant la base du poumon dans le cul-de-sac des plèvres, elles ne permettent pas à ce muscle de s'élever avec autant de facilité.

Il arrive assez souvent, comme je l'ai observé sur beaucoup de cadavres, que la circonférence de la plèvre dia-

naient les côtes immobiles se relâchent, l'expiration n'a pas lieu; le poumon refoulé en haut soulève la

---

phragmatique, contracte à la suite d'inflammation, des adhérences avec la plèvre costale correspondante. Cette adhérence, en s'opposant à l'ouverture du cul-de-sac inférieur des plèvres, et à l'abaissement complet du diaphragme, rétrécit réellement la capacité de la poitrine, et s'oppose à la dilatation pleine et entière du poumon. La base de cet organe paraît alors située plus haut qu'à l'ordinaire.

On conçoit aisément qu'une plaie pénétrante de poitrine qui arrive lors d'une expiration forcée, peut traverser la base de cette cavité, percer la plèvre quatre ou cinq pouces au-dessus de son cul-de-sac inférieur, blesser le diaphragme, pénétrer dans l'abdomen, et cependant ne point intéresser le poumon. On sent également la nécessité de pratiquer dans quelques cas, l'opération de l'empyème pendant une profonde inspiration, si l'on veut éviter de percer le diaphragme.

Dans le cas d'épanchement de sérosité, de pus ou de sang dans la plèvre, si le poumon est libre d'adhérence, il occupe la partie la plus élevée de la cavité, qui varie uivant la position du tronc: sa pesanteur spécifique peu considérable rend facilement raison de ce phénomène que jai vérifié sur plusieurs malades morts d'épanchemens séreux ou purulens dans la plèvre, et sur des chiens, dans la poitrine desquels j'avais injecté de l'eau colorée, après avoir mis la plèvre à nu dans plusieurs espaces intercostaux; la transparence de cette membrane me permettait de distinguer la couleur du poumon et celle du liquide, et la position respective de l'un et de l'autre.

partie supérieure du thorax, et l'on observe un mouvement sensible de dilatation de cette cavité au-dessous des clavicules. Ce mouvement est accompagné d'un sentiment d'expansion tout particulier dans la même partie. Dans cette expérience, qu'il est facile de répéter sur soi-même, le poumon n'est pas aussi fortement comprimé que dans le cas où les côtes sont maintenues immobiles, vu que la poitrine se dilate dans sa partie supérieure, à mesure que sa paroi inférieure s'élève et tend à la rétrécir.

Les poumons étant remplis d'air après une forte inspiration opérée seulement par l'élévation des côtes, si nous abaissons tous ces os qui constituent la cage osseuse de la poitrine, tout en maintenant le diaphragme élevé par l'action des muscles larges de l'abdomen, et l'intermède des viscères abdominaux qui le soutiennent, alors la cavité thoracique diminue à-la-fois, dans son diamètre vertical et dans ses diamètres transverse et antéro-postérieur; elle semble se rétrécir en se rapprochant de la paroi inférieure qui reste soulevée, immobile, et qui n'a réellement concouru, dans cette circonstance, ni à son ampliation, ni à son resserrement; l'expiration a lieu. Mais que l'air soit retenu dans les poumons, et que le diaphragme cesse d'être soutenu par les organes sous-jacents, ou mieux encore qu'il se contracte : les côtes en s'abaissant alors poussent le poumon sur ce muscle et le dépriment, en aidant

ainsi à sa contraction, à son abaissement (1). Le poumon éprouve un mouvement d'abaissement général, sa base s'élargit, s'alonge, et pénètre dans le cul-de-sac inférieur des plèvres, lequel s'ouvre à mesure que le diaphragme descend; dans ce cas, comme dans le précédent, le poumon est peu comprimé, vu que la poitrine se dilate dans sa partie inférieure en même-temps qu'elle se rétrécit vers la supérieure et dans ses diamètres antéro-postérieurs et transverses.

Nous pouvons alternativement abaisser ou élever les viscères thoraciques, et spécialement les poumons, en retenant d'abord une certaine masse d'air dans ces organes, puis en contractant à-la-fois dans un cas le diaphragme et les muscles expirateurs qui abaissent les côtes, ou bien en contractant en même temps dans l'autre, les muscles inspirateurs qui élèvent les côtes, et ceux de l'abdomen qui refoulent en haut les viscères abdominaux, le diaphragme et les organes thoraciques. Dans ces deux cas, la capacité de la poitrine, et par conséquent le volume

(1) L'air retenu dans les innombrables divisions des bronches, doit se porter, pendant les changemens de forme que subit alors le poumon, de la partie de cet organe qni se rétrécit dans celle qui se dilate; il peut, en conséquence, éprouver des espèces de mouvemens oscillatoires plus ou moins étendus, une sorte de circulation, de locomotion, suivant que les contractions des parois thoraciques sont plus ou moins grandes, plus ou moins fréquentes, se font dans tel ou tel sens, etc.

des poumons, ne changent que peu ou même point du tout. La forme de ces parties se trouve seulement modifiée, et pour cela, les poumons glissent facilement sur les parois de la cavité pectorale, mouvement que permet la surface lisse, polie, lubréfiée et simplement contiguë des plèvres costale, diaphragmatique et pulmonaire.

Lorsque la poitrine se rétrécit dans tous les sens à-la-fois, voici ce que l'on observe : les côtes sont abaissées par l'action connue de certains muscles; le diaphragme est fortement refoulé vers la cavité thoracique par les viscères abdominaux que compriment les muscles droits, obliques, transverses de l'abdomen, et releveurs de l'anus; la base de la poitrine se rétrécit aussi d'une manière considérable (1), par la contraction de la portion supérieure du muscle transverse qui s'insère en dedans des cartilages costaux, et sur-tout par celle du diaphragme. Ce dernier muscle, en effet, venant à se contracter et prenant un point fixe sur les viscères abdominaux qui s'opposent à son abaissement, tire les côtes en dedans vers l'aponévrose phrénique, ou vers le centre de la poitrine; celle-ci diminue de capacité suivant tous ses diamètres, par le resserrement si-

(1) La base de ma poitrine, dans sa plus grande dilatation, a trente pouces de circonférence; elle n'a que vingt-quatre dans son plus grand état de resserrement, ce qui fait une différence de six pouces ou d'un cinquième.

multané de toutes ses parois. Qu'arrive-t-il alors aux viscères qu'elle renferme ? Ils sont comprimés dans tous les sens à-la fois. Si la glotte est libre, l'air est chassé avec plus ou moins de violence de l'intérieur des poumons ; ces organes cèdent en diminuant de volume ; la compression qu'ils éprouvent, ainsi que les parties environnantes, est assez légère, à moins que l'ouverture de la glotte ne soit considérablement rétrécie, et que l'air vivement comprimé ne soit ainsi forcé de passer par une ouverture très-étroite, comme cela se voit dans l'action de crier, de tousser, etc.

Dans d'autres circonstances, la glotte au lieu d'être ouverte en tout ou en partie est entièrement fermée ; examinons ce qui arrive dans ce cas : après avoir fait une profonde inspiration, si nous faisons de violens efforts pour comprimer, par exemple, les viscères abdominaux lors de certaines excrétions, le larynx éprouve des mouvemens sensibles : on peut s'en assurer en portant simplement la main sur cet organe ; on sent qu'il remonte manifestement; son ouverture supérieure se ferme aussi par la contraction des muscles arythénoïdiens, afin de retenir la colonne d'air enfermée dans la trachée-artère et ses divisions; en portant profondément le doigt indicateur dans le pharynx, en même-temps qu'on exécute un effort violent, on constate que les deux lèvres de l'ouverture supérieure du larynx sont fortement rapprochées, appliquées transversalement l'une contre l'autre, et que l'épi-

glotte est abaissée vers la même ouverture. Cette expérience est très-pénible (1), à cause des nausées

(1) Pendant ces efforts, l'air n'est point retenu dans la poitrine en avant, par l'occlusion de la bouche, en haut par l'application du voile du palais contre la paroi postérieure du pharynx, comme on serait tenté de le penser. En effet, tandis qu'ils ont lieu, 1.° l'ouverture supérieure du larynx est entièrement fermée, comme je viens de le démontrer; 2.° la bouche peut être grandement ouverte; 3.° enfin, une colonne d'air peut passer librement de la bouche dans les fosses nasales, et *vice versâ*. Pour prouver ce dernier fait, il suffit de retenir dans sa bouche une certaine quantité de fumée que l'on fait ressortir par les fosses nasales, en resserrant les parois de la première cavité, et cela pendant de vigoureux efforts, et l'occlusion complète de la glotte. Il faut beaucoup d'exercice pour faire cette expérience. On ne doit pas la confondre avec le cas où une personne fait passer la fumée de sa bouche dans son pharynx, et la chasse à mesure dans les fosses nasales, par le courant ascendant d'une colonne d'air qui sort du poumon.

Voici une autre expérience que j'ai répétée plusieurs fois sur moi-même, et qui me paraît décisive : on ferme l'une des narines avec un bourdonnet de charpie, et l'on adapte à l'autre un gros tube de verre, dont l'extrémité libre vient plonger dans un vase rempli d'eau. On fait par la bouche une forte inspiration ; on embrasse entre les lèvres le tuyau d'un soufflet, on produit ensuite un violent effort en fermant d'abord la glotte, puis en contractant toutes les puissances expiratrices: on fait agir alors le soufflet; l'air qui s'en échappe passe de la bouche dans les fosses na-

qu'elle produit, sur-tout lorsqu'on la fait pour la première fois.

Les efforts violens ne peuvent être exécutés d'une manière vraiment efficace, si la glotte n'est point fermée pour retenir la masse d'air qui a été introduite par l'inspiration dans les poumons, et qui doit, pour ainsi dire, servir de point d'appui aux parois mobiles de la poitrine sur lesquelles les muscles du tronc et des membres supérieurs prennent leurs insertions. Cependant il n'est point indispensablement nécessaire, pour qu'ils aient lieu, que la glotte soit fermée, que l'air soit retenu dans les bronches, puisqu'il est possible de faire des efforts lorsque l'ouverture du larynx est libre et même pendant l'inspiration; mais alors ils sont très-pénibles, peu énergiques, et la pression qu'éprouvent les viscères abdominaux, dans ce cas, dépend uniquement de l'abaissement actif du diaphragme, lequel n'est plus soutenu et poussé par la base des poumons, et les muscles abaisseurs des côtes, comme cela arrive ordinairement; les muscles larges de l'abdomen ne se contractent qu'au dégré suffisant pour retenir les viscères qu'abaissent le diaphragme, et

---

sales, et vient sortir sous formes de bulles, par l'extrémité du tube plongée sous l'eau. Cette expérience est encore plus facile, si l'on pousse l'air en sens inverse, si l'on adapte au nez le tuyau du soufflet, et à la bouche le tube qui doit plonger sous l'eau.

s'opposer à la distension que ces organes tendent à communiquer aux parois de la cavité (1).

Après une expiration ordinaire, les poumons renferment encore une quantité plus ou moins considérable d'air. Si on ferme alors exactement la glotte, et si l'on dilate ensuite les côtes en même-temps qu'on abaisse le diaphragme comme pour faire une profonde inspiration, on observe que ces mouvemens sont très-difficiles et imparfaits, l'air extérieur ne pouvant pénétrer dans les voies aériennes. La portion de ce fluide qui est renfermée dans le poumon, se dilate, se raréfie, et l'on éprouve dans toute la poitrine un sentiment incommode qui se fait remarquer sur-tout le long de la trachée-artère, et derrière la région sternale. Si on ouvre alors subitement la glotte, l'air extérieur se précipite avec violence dans la trachée pour se mettre en équilibre avec celui du poumon, et détermine

(1) On sait qu'il est possible de parler, de crier, de chanter, même pendant de violens efforts; mais ces actions sont très-pénibles. En 1812, le nommé Roussel, dit l'Hercule du Nord, véritable athlète qui réunissait la force à l'agilité, et dont la quarrure, les membres charnus et pesans rappelaient les belles formes de l'Hercule Farnèse, vint faire ses exercices devant une réunion nombreuse de gens de l'art. Nous l'avons vu porter sur ses épaules un poids de deux mille livres, et durant les efforts nécessaires pour soutenir un poids aussi considérable, il invoquait d'une voix forte le nom d'un grand personnage.

une sorte d'explosion, semblable à ce bruit qu'on occasionne en débouchant un vase dans lequel on a fait le vuide. Toute la poitrine éprouve aussi un choc, un ébranlement plus ou moins considérable.

Après avoir fermé la glotte, si on élève seulement les côtes pour dilater la partie supérieure du thorax, en abandonnant le diaphragme à lui-même, le poumon remonte par un mouvement de totalité; les parois abdominales comprimées par l'air extérieur se creusent et refoulent les viscères abdominaux et le diaphragme vers la poitrine. Cette expérience doit être faite dans le décubitus sur le dos. En mettant la main sur l'abdomen, on peut s'assurer que le resserrement de cette cavité ne tient pas à la contraction de ses muscles qui sont dans un état de relâchement manifeste, mais bien à la pression de l'air ambiant lequel tend à se mettre en équilibre avec celui des poumons, qui est emprisonné par le resserrement de la glotte, et raréfié par la dilatation de la cavité thoracique.

Les efforts sont extrêmement difficiles et pénibles chez les animaux dont on a ouvert la trachée-artère, et chez les personnes qui présentent une ouverture accidentelle de ce conduit. Dans ces cas l'air ne peut être retenu dans les poumons par le resserrement de la glotte, ce fluide s'échappe par l'ouverture accidentelle, et l'expiration arrive dès que les parois thoraciques viennent à se contracter. J'ai fait plusieurs fois cette observation sur des chiens, des chats, des lapins et d'autres animaux,

dont j'avais incisé la trachée-artère dans l'intention de constater divers phénomènes physiologiques.

Ire Observation.

Ouverture fistuleuse de la trachée-artère, suite d'un ulcère syphilitique.

Un ancien soldat du train d'artillerie, qui exerçait, depuis qu'il s'était retiré du service, la profession de serrurier, vint, dans le commencement du mois de juin 1814, me consulter pour une angine tonsillaire dont il était affecté depuis plusieurs jours. Il portait aussi une ouverture fistuleuse, arrondie, à la partie antérieure du cou et de la trachée-artère, un pouce au-dessous du larynx. Cette ouverture était la suite d'un large ulcère syphilitique, qui avait détruit la peau et plusieurs anneaux cartilagineux de la trachée; elle admettait facilement l'extrémité du doigt et donnait passage à la plus grande partie de la colonne d'air qui entrait dans les voies aériennes, ou qui en sortait pendant les mouvemens de la respiration; ses bords étaient minces, rougeâtres, et légèrement frangés; le malade la couvrait habituellement avec un emplâtre agglutinatif, et lorsqu'il voulait faire quelqu'effort vigoureux, pendant la défécation de matières endurcies, par exemple, il était obligé de soutenir l'emplâtre avec les doigts, afin de s'opposer à son décollement, à l'issue de l'air, à l'expiration involontaire. Chez cet homme la toux était extrêmement

fatiguante, et l'expectoration difficile, à moins qu'il n'appuyât très-fortement sur l'ouverture fistuleuse. Lorsque cet orifice n'était point oblitéré, la voix était nulle; lorsqu'on en bouchait la moitié, elle était tellement altérée et faible qu'on ne pouvait distinguer les paroles du malade; si on le fermait entièrement, la voix se rétablissait : quand le malade voulait crier, l'air sortait en sifflant par l'ouverture accidentelle, et ne passait presque point par celle de la glotte (1).

On voit que les muscles qui resserrent la glotte pour retenir l'air dans les poumons, sont réellement en opposition pendant les efforts, avec tous les muscles expirateurs réunis; il s'établit une sorte de lutte entre ces puissances musculaires qui

---

(1) J.-L. Petit rapporte l'histoire d'une semblable fistule de la trachée-artère, survenue chez une femme après la destruction d'une portion de ce conduit par la fonte purulente d'une tumeur vénérienne située au-devant du cou. (*Voyez* Mém. de l'Acad. Chir., t. I, p. 347.)

M. le Professeur Richerand a également observé un cas de fistule au larynx, sur un soldat qui avait été blessé à cette partie par un coup de feu.

M. Magendie connaît un homme qui est à-peu-près dans le cas de celui dont j'ai rapporté l'histoire. Depuis un grand nombre d'années, il ne peut parler, s'il ne porte une cravatte serrée qui ferme l'ouverture fistuleuse du larynx, suite d'une plaie d'arme à feu qu'il reçut dans cette partie à la mémorable journée du dix août. (*Précis élémentaire de Physiologie*, tome I, page 210.)

tendent les unes à retenir, les autres à chasser l'air renfermé dans les voies aériennes. Les muscles inspirateurs agissent sur de larges surfaces; quoique plus forts et beaucoup plus nombreux que les constricteurs de la glotte, ils ne peuvent le plus souvent surmonter l'action de ces derniers, lesquels agissent sur une colonne d'air dont la base est très-étroite et la pression peu considérable par conséquent. C'est ici un phénomène entièrement aérostatique, qu'on pourrait soumettre aux lois du calcul, en comparant l'étendue des surfaces comprimantes ou des parois thoraciques, avec l'aire de la trachée-artère qui représente la base étroite du fluide comprimé.

Quand tous les muscles expirateurs se contractent à-la-fois, la glotte étant fermée et l'air retenu dans les bronches, ils exercent une compression violente non seulement sur les viscères abdominaux, mais aussi sur les organes renfermés dans le thorax. Les poumons réagissent par l'élasticité de l'air qu'ils contiennent, contre les parois de la cavité qui les comprime; ils trouvent dans la colonne vertébrale, le sternum et les côtés de puissans obstacles à leur déplacement, mais la résistance des parois thoraciques est loin d'être aussi grande au niveau des espaces intercostaux: les muscles qui remplissent ces espaces et forment deux plans dont les fibres superposées sont dirigées en sens inverse, peuvent se laisser vaincre dans quelque cas d'effort violent, et donner issue à une portion du poumon; cet organe s'échappe alors par les

endroits qui lui offrent moins de résistance, et vient paraître au-dessous de la peau en formant hernie. Tel est le mécanisme suivant lequel se forment la plupart des hernies accidentelles du poumon.

Dans un mémoire que j'ai publié récemment sur la formation des hernies abdominales, j'ai examiné l'influence que la position du tronc pouvait avoir pendant les efforts sur la pression qu'éprouvent les organes renfermés dans le ventre. Dans ces mêmes circonstances, suivant que le tronc et la poitrine en particulier se trouvent dans telle ou telle position, les viscères thoraciques éprouvent aussi une compression plus ou moins vive, et les parois de leur cavité leur offrent une résistance qui varie dans les diverses régions; que la poitrine, se trouve inclinée à droite, les espaces intercostaux correspondans sont diminués par le rapprochement des côtes, tandis que de l'autre côté ces os sont écartés, les espaces qui les séparent aggrandis, et les muscles intercostaux tendus et amincis, etc.; il faut donc tenir compte de l'influence de la position générale du corps sur la production des hernies du poumon et sur leur formation, plutôt dans un endroit que dans un autre (1). La forme de la poitrine chez les diffé-

(1) Les deux moitiés du diaphragme, bien que se mouvant ordinairement à-la-fois, peuvent cependant se contracter isolément, de sorte qu'on pourrait admettre réellement un diaphragme droit et un dia-

rens individus doit aussi être prise en considération lorsqu'il s'agit d'apprécier l'influence, le mode de pression des parois de cette cavité sur les organes qu'elle renferme. C'est ainsi que les efforts et les mouvemens ordinaires de la respiration eux-mêmes offrent des phénomènes extrêmement curieux et qu'il est facile d'observer, chez certains rachitiques, dont la poitrine est tellement déformée que sa base repose sur la crête iliaque ; que les

---

phragme gauche, recevant chacun un nerf spécial et pouvant entrer en contraction d'une manière simultanée ou séparément. Je puis à volonté contracter isolément chacune des moitiés de ce muscle, et abaisser les viscères abdominaux du côté droit ou du côté gauche seulement; et dans ce cas, chose digne d'observation, la moitié du diaphragme qui se contracte peut, en comprimant les viscères soutenus d'ailleurs par les parois abdominales, refouler l'autre moitié ou s'opposer à son abaissement. Nous pouvons, par la même raison, ne dilater qu'une des moitiés de la poitrine, ne respirer que par un seul poumon et condamner l'autre à l'inaction. Ces exercices physiologiques ne sont pas très-difficiles; ils ne demandent qu'un peu d'habitude, et beaucoup d'attention dans l'examen des phénomènes qui se passent. Des expériences faites autrefois par M. le Professeur Béclard et par un célèbre expérimentateur, feu Legallois, avaient déjà fait voir qu'en coupant un des nerfs diaphragmatiques, on ne paralyse que la moitié correspondante du muscle, et que l'autre conserve toute son action.

côtes d'un côté sont rapprochées et comme imbriquées les unes sur les autres, tandis que celles du côté opposé sont fort distantes les unes des autres, etc.

Il est à remarquer que c'est dans l'endroit où les espaces intercostaux sont le plus larges, où les muscles qui les remplissent sont le plus minces, c'est-à-dire vers la base de la poitrine, proche l'union des côtes inférieures avec leur cartilage de prolongement, que se manifestent dans la plupart des cas les hernies du poumon : dans cette région, en effet, finissent les muscles intercostaux externes, extrêmement amincis, et les fibres des intercostaux internes ne constituent au-delà qu'un seul plan dont l'épaisseur et par conséquent la résistance est peu considérable (1).

C'est pendant de fortes contractions des parois de

(1) Les fibres des muscles intercostaux internes et externes affectent, comme on sait, des directions opposées, et se croisent en sens inverse; il en résulte, comme cela arrive pour les muscles larges de l'abdomen, que les parois de la cavité splanchnique offrent une résistance beaucoup plus grande aux efforts que font les viscères pour s'en échapper pendant son resserrement. Le diaphragme qui constitue la paroi inférieure de la poitrine, étant tapissé, sur ses deux faces, par des membranes séreuses qui lui adhèrent intimement, et se trouvent de plus soutenues par les viscères abdominaux sous-jacens, forme un plan résistant qui s'oppose puissamment au déplacement du poumon.

la poitrine et de l'abdomen, lors de la toux, de l'action de soulever un poids très-pesant, pendant les efforts de l'accouchement, etc. qu'on observe la formation des hernies du poumon à travers les espaces intercostaux. Il resterait à déterminer comment la plèvre se comporte dans ce cas; comment les muscles intercostaux cèdent; si leurs fibres se laissent distendre, s'écartent ou se rompent? ces circonstances ne pourront être éclaircies que par la dissection exacte des parties (1).

M. Béclard pense que les hernies du poumon, soit qu'elles arrivent dans un point des parois affaibli par une blessure antérieure, ou dans un point naturellement faible, sont analogues aux déplacemens abdominaux qu'on appelle éventrations, et dans lesquelles les parties déplacées soulèvent les parois amincies, au lieu de s'insinuer dans une ouverture des muscles, comme cela arrive dans les autres espèces de hernies abdominales. Dans les hernies du poumon, la tumeur est en effet large, peu saillante; elle repose sur une base très-étendue, n'est point pédiculée, comme cela s'observe dans les éventrations.

Les hernies du poumon forment une affection

(1) M. le professeur Chaussier dit, en parlant de la hernie du poumon, que la tumeur « est quelquefois contenue dans un sac ou prolongement de la plèvre, et sort de la cavité du thorax dans l'intervalle de deux côtes. » (*Table synoptique des Hernies.*)

rare et dont on ne possède que fort peu d'exemples (1). Dehaën dans ses *Institutions de pathologie*, a donné le nom de *Pneumocèle*, aux tumeurs formées par une portion du poumon qui s'engage entre deux côtes pour faire saillie à l'extérieur de la poitrine. Il cite, d'après Boërhaave, le cas d'une femme qui fit des efforts si violens dans le travail de l'accouchement, qu'il lui survint entre les deux côtes une tumeur formée par le poumon. Sabatier a vu un exemple de hernie de cet organe sur un soldat âgé de trente ans, qui avait été blessé à Rosback, d'un coup de bayonnette au côté gauche de la poitrine, entre la partie moyenne de la cinquième et de la sixième des vraies côtes. La tumeur herniaire soulevait la cicatrice et pouvait avoir le volume d'une noix. M. le professeur Richerand eut occasion d'examiner une hernie du poumon sur un soldat de la garde de Paris qui avait été renversé par l'explosion d'une bombe au siège de Mayence. La tumeur située sur le côté droit de la poitrine, avait le volume des deux poings; elle était couverte d'une large cicatrice et avait paru depuis quelques années

(1) Je ne parle pas ici de ces hernies du poumon qui se forment quelquefois à travers les plaies pénétrantes de poitrine, et dans lesquelles une portion de cet organe vient paraître à nu entre deux côtes. Cette complication des plaies de poitrine, dont on trouve des observations dans les ouvrages de Skenkius, de Tulpius, de Roseius, de Ruysch, etc., est évidemment étrangère au sujet que je me suis proposé de traiter dans le présent Mémoire.

à l'occasion d'un effort violent que ce militaire fit pour soulever un fardeau (1). Le baron Larrey rapporte dans ses Mémoires de Chirurgie militaire (t. 3, p. 91), une observation de hernie du poumon qui se forma chez un soldat de la garde impériale, sous la cicatrice d'une plaie faite aux parois de la poitrine par la pointe d'un sabre. Le malade contenait la tumeur au moyen d'un bandage approprié. Un de nos plus illustres savans, M. le professeur Chaussier, a rapporté plusieurs cas de pneumocèles auxquelles il donne le nom de *hernies intercostales*, dans sa *Table synoptique des hernies*, et en a consigné un exemple bien remarquable dans les bulletins de la Faculté de Médecine. Il s'agissait d'un officier, major d'infanterie à l'armée d'Espagne, auquel il survint deux hernies du poumon, une de chaque côté de la poitrine, pendant les efforts violeus occasionnés par une toux opiniâtre. Je vais rapporter deux autres observations de la même maladie, que j'ai recueillies l'une à l'hôpital de la Charité, et l'autre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; elles pourront ajouter aux faits déjà connus sur cette matière (2).

(1) Nosograph. chirurg., t. IV, p. 202.

(2) Des exemples de hernies du poumon ont été rapportés par Grateloup, Bruns, Richter; par MM. Mercier, Thillaye, Roux.

II.me OBSERVATION.

Hernie du poumon observée sur un homme âgé de 45 ans, couché au n.o 17 de la salle Saint-Michel, à l'hôpital de la Charité.

Le malade, homme d'une forte constitution, exerçait la profession de garçon brasseur. Il présentait une tumeur large, applatie, légèrement élastique, circonscrite, d'un pouce et demi de diamètre, sans changement de couleur à la peau, et située entre la sixième et la septième côte sternale du côté droit, près la jonction de la portion osseuse avec le cartilage de prolongement. Cette tumeur n'était point douloureuse à la pression, mais pendant un certain temps, elle avait produit des douleurs gravatives, accompagnées de toux et d'oppression dans la partie droite du thorax. Elle était réductible sous la main qui la comprimait, et diminuait un peu de volume lors de l'inspiration; pendant l'expiration forcée, dans les efforts, dans les accès de toux, elle augmentait sensiblement de volume, et faisait sentir une vive impulsion quand on la palpait. Elle était moins grosse quand le malade respirait debout et le tronc incliné en avant, que dans le cas contraire; il y avait quatre mois qu'elle avait paru subitement pendant un effort violent que le malade avait fait, pour soulever un sac d'orge. La gêne qu'il avait éprouvée de cet accident, l'avait obligé de garder le lit pendant trois ou quatre jours, après lequel temps il avait repris ses occupa-

tions habituelles. La tumeur d'abord beaucoup plus petite qu'à l'époque où j'en fis l'examen (10 novembre 1817), s'était accrue insensiblement depuis six semaines que le malade était tourmenté d'un rhume opiniâtre pour lequel il était entré à l'hôpital; elle n'avait jamais produit de nausées, de coliques, ni aucun des symptômes qui suivent ordinairement les hernies de l'abdomen. Le médecin qui soignait le malade en ville, ayant méconnu la nature de la tumeur, avait appliqué dessus un emplâtre fondant, dans l'intention de la dissoudre. Je conseillai à ce garçon brasseur de se faire construire une ceinture élastique, dont la pelotte appuyerait sur la hernie, et la tiendrait constamment réduite (1).

III.me Observation.

Hernie du poumon venue à la suite d'une plaie faite aux parois de la poitrine, par un éclat d'obus.

Vers la fin de l'année 1806, un soldat âgé d'environ 30 ans, fut reçu à l'hôpital militaire du Val-

---

(1) Il y avait cinq ans que ce malade s'était fait extraire le testicule gauche atteint d'une affection organique. Il était guéri de l'opération au bout de deux mois, et depuis cette époque, il avait eu un enfant. Il disait avoir fait la remarque que tout le côté gauche de son corps avait pris beaucoup plus de force que le droit; aucun signe extérieur cependant n'annonçait cette différence.

de-Grâce, et couché dans la salle du Levant. Il portait une hernie du poumon, qui s'était formée sous la cicatrice d'une plaie de poitrine par arme à feu. Ce militaire était occupé à relever des blessés sur un champ de bataille, lorsqu'un obus vint faire explosion près de lui; un éclat du projectile l'atteignit très obliquement à la partie latérale droite de la poitrine, déchira ses vêtemens, emporta les tégumens, les muscles, dans l'étendue de quatre pouces, et fractura la sixième et la septième côtes. Renversé par le coup et baigné dans son sang, le blessé fut transporté à l'ambulance, où on lui administra les premiers secours; il vomissait le sang et se trouvait dans un état de faiblesse extrême, suite de l'hémorrhagie. Après onze mois de traitement, la plaie se cicatrisa en grande partie, mais il resta encore quelque temps une ouverture fistuleuse par laquelle sortait un pus séreux peu abondant : le malade recouvra assez de force pour retourner à pied dans ses foyers, après avoir obtenu son congé de réforme. A l'époque où je le vis, il présentait une tumeur arrondie, circonscrite, saillante d'environ deux pouces, laquelle soulevait une large cicatrice rougeâtre, qui occupait la partie latérale droite inférieure de la poitrine. Cette tumeur était réductible par la pression, mais alors le malade éprouvait des étouffemens accompagnés de toux : elle diminuait un peu dans l'inspiration, augmentait sensiblement de volume et de dureté pendant l'expiration, et spécialement quand le malade toussait

ou faisait quelque effort. Lorsqu'on avait repoussé la tumeur dans le thorax, on sentait manifestement à travers la cicatrice des parois de cette cavité, une large ouverture qui laissait sortir le poumon, lui semblait adhérente vers sa partie supérieure, et au niveau de laquelle une portion de la sixième et de la septième côtes manquait. Ce militaire portait dans son sac les deux fragmens de côtes qu'on lui avait extraits, et les fit voir au chirurgien en chef de l'hôpital et aux élèves qui suivaient alors sa visite.

Je ne m'étendrai pas sur l'examen de tous les symptômes que présentent les hernies du poumon; je ferai seulement observer qu'il est facile d'expliquer les changemens de forme et de volume qu'éprouve la tumeur pendant les mouvemens de la respiration. Lors de l'inspiration, les parois de la poitrine se dilatent, les poumons suivent ce mouvement, le vuide se fait dans leur cavité, ou plutôt l'air qu'ils contiennent se trouve dilaté, raréfié, et la pression atmosphérique produit à la fois la précipitation d'une colonne d'air dans la trachée-artère et la rentrée totale ou partielle de la tumeur herniaire dans la cavité thorachique. (1) La pression atmosphérique est aidée

(1) La portion du poumon déplacée est en effet étrangère à la dilatation générale de l'organe lors de l'inspiration : bien mieux, le poumon renfermé dans le thorax, en suivant passivement la dilatation de cette cavité dans l'inspiration, voit l'air qu'il renferme se raréfier, attirer par conséquent celui qui est contenu dans la

dans ce dernier cas, par l'élasticité des parties qui entourent la tumeur et lui servent d'enveloppes. Mais que l'expiration ait lieu, que le poumon soit comprimé; cet organe, d'une part, laissera sortir l'air de la trachée-artère, et de l'autre, s'échappera lui-même par l'ouverture accidentelle de la poitrine pour venir faire saillie à l'extérieur. Ce dernier effet sera encore bien plus prononcé si l'air comprimé, est retenu dans le poumon par l'occlusion de la glotte.

Cependant les choses ne se passent pas ainsi dans toutes les circonstances, puisque dans le cas observé par Boërhaave, dans celui cité par M. Chaussier et dans plusieurs autres, la tumeur augmentait de volume pendant l'inspiration et diminuait au contraire lors de l'expiration. A quoi sont dues ces différences? Je l'ignore entièrement, et ne pouvant en découvrir la cause, je me contente de les signaler ici.

Le resserrement de la poitrine pendant les efforts, ne produit pas seulement le déplacement du poumon; l'air retenu dans cet organe par l'occlusion de la glotte peut dilater ou même rompre les parois des conduits et des cellules qui les recèlent, s'épan-

---

partie déplacée, et qui tend à se mettre en équilibre. Delà la diminution de volume de la pneumocèle pendant l'inspiration. Lors de l'expiration, une partie de l'air contenu dans les bronches est refoulée dans la portion déplacée, delà l'augmentation, la dilatation de la tumeur.

cher dans le tissu cellulaire qui réunit les lobes du poumon, qui entoure les gros vaisseaux de la poitrine et donner lieu à des emphysêmes plus ou moins étendus. C'est ainsi qu'on a vu des épanchemens d'air dans le tissu lamineux, se manifester pendant des efforts violens : ces observations sont rares, je vais en exposer deux qui sont intéressantes sous plusieurs rapports.

IV.me OBSERVATION.

Emphysème produit par de violens efforts pendant le travail de l'accouchement.

Une jeune dame, âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament bilieux très-prononcé, devint enceinte de son premier enfant vers le milieu de l'année 1812. Dans les premiers temps de sa grossesse, elle éprouva quelques vomissemens, et se plaignit d'envies fréquentes d'uriner qui l'obligeaient à se relever douze ou quinze fois chaque nuit. Au troisième mois, l'utérus était sorti du petit bassin, cette incommodité disparut d'elle-même. Le 7 avril 1813, cette dame ressentit des douleurs et me fit appeler le lendemain. Je la trouvai debout et très-souffrante : en appliquant les mains sur le ventre on sentait facilement de légères contractions de la matrice ; le toucher me fit reconnaître que le col de cet organe était entièrement effacé et son orifice dilaté de la grandeur d'un petit écu : la poche des eaux très-saillante éprouvait des tensions et des relâchemens alternatifs : les douleurs devinrent de

plus en plus vives, et les contractions de l'utérus de plus en plus fréquentes. Vers les dix heures du matin, les membranes se rompirent et il s'écoula environ deux onces des eaux de l'amnios : la tête de l'enfant s'engagea dans la première position et y demeura plus de quatre heures, pendant lequel temps la mère fit des efforts inouis. Sa face était rouge, enflammée ; les conjonctives se couvrirent d'ecchymoses. Pendant une très-forte douleur, accompagnée d'une violente contraction de toutes les puissances expiratrices, et de cris perçans, j'aperçus une tumeur qui se manifestait entre les deux muscles sterno-mastoïdiens, immédiatement derrière l'extrémité supérieure du sternum : bientôt cette tumeur évidemment emphysémateuse, crépitante, s'étendit le long de ces muscles jusqu'à la région parotidienne ; le gonflement gagna la joue, les paupières, et en moins d'un quart-d'heure, le col et la face se trouvèrent au même niveau, et gonflés d'une manière vraiment effrayante : la jeune femme se trouvait dans un danger imminent de suffoquer. Je me disposais à faire l'application du forceps, lorsque de nouvelles douleurs et contractions de la matrice dégagèrent la tête ; l'accouchement se termina naturellement. L'enfant était très-fort, et sa tête d'un volume énorme, ecchymosée dans toute sa partie supérieure ; il était évidemment apoplectique et ne donna aucun signe de vie, malgré les soins qui lui furent prodigués. M. le professeur Desormeaux et M. le docteur Laennec que

j'avais fait appeler pour m'aider de leurs conseils, ne purent arriver qu'après l'accouchement : l'emphysème n'était point diminué, il s'était au contraire étendu à toute la poitrine et à la partie supérieure des membres thoraciques. Il fut décidé que l'on ouvrirait la peau sur le lieu même où la tuméfaction emphysémateuse avait commencé à se montrer : je fis au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum, une incision verticale qui avait quatre lignes d'étendue, et n'intéressait que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il sortit par la plaie un peu de sang, et quelques bulles d'air ; deux jours après le gonflement n'étant pas diminué d'une manière sensible, je pratiquai dans le même endroit une seconde incision d'un pouce d'étendue ; l'air s'échappa en grande quantité, et la tuméfaction diminua de jour en jour ; cependant 17 jours après l'accouchement, le tissu cellulaire faisait encore entendre de la crépitation quand on appuyait sur la peau au-dessus des clavicules : la malade ne put marcher que trois mois après sa couche, à raison de vives douleurs qu'elle éprouvait dans la symphise pubienne, et dans les articulations sacro-iliaques ; elle s'est parfaitement rétablie et a eu deux enfans depuis cette époque.

Il me serait impossible de déterminer ici précisément dans quel endroit les bronches ou leurs ramifications ont été rompues : seulement la rupture de ces conduits est suffisamment prouvée par l'épanchement de l'air dans le tissu cellulaire qui les entoure, et de là dans celui des parties voisines.

Comment dans ces cas se guérissent les ruptures des bronches et les fistules aériennes? On conçoit bien le mécanisme de leur cicatrisation, de leur oblitération, sans cependant qu'on puisse l'appuyer jusqu'ici sur des faits d'anatomie pathologique. Les étouffemens, l'oppression extrême qu'éprouva la malade immédiatement après l'accouchement et qui persistèrent plusieurs jours après, étaient probablement dus à l'emphysème du poumon et par conséquent à la compression des bronches et des cellules aériennes par l'air épanché entre les lobules de l'organe (1).

Dans les efforts, ce ne sont pas toujours les bronches ou leurs divisions, qui se déchirent pour laisser échapper l'air fortement comprimé, la trachée-artère elle-même peut se rompre. Mon excellent ami le docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, qui exerce avec tant d'éclat la chirurgie dans toute la Normandie, m'a communiqué une observation de rupture de la trachée-artère produite par la toux. Ce cas est trop curieux pour que je ne le transcrive pas en entier :

---

(1) M. Béclard a plusieurs fois vu de légers emphysèmes se manifester aux environs de la glande thyroïde, chez les femmes, pendant le travail de l'accouchement. Il est porté à penser que la plupart de ces tumeurs mollasses, pâteuses qu'on observe dans cette région dans les mêmes circonstances, et qu'on regarde généralement comme des goîtres, ne sont que des emphysèmes partiels dus à la rupture de la trachée ou des bronches.

V.me OBSERVATION.

Rupture de la trachée-artère et emphysème circonscrit, produit par une toux vive et opiniâtre.

« Dans le mois de juillet 1812, dit M. Flaubert, on » m'amena l'enfant d'un cultivateur de Sotteville, » nommé Lesueur, âgé de deux ans, assez maigre, » tourmenté depuis trois mois par une coqueluche; » ce jeune malade, depuis deux mois, offrait à la » partie antérieure du col une tumeur molle, lisse, » sans altération de couleur à la peau, compressible, » transparente, s'étendant du sternum au-dessus de » l'hyoïde et d'un des muscles sterno-mastoïdiens à » celui du côté opposé. Quand l'enfant inspirait, » la tumeur diminuait de volume; elle se tendait, » se dilatait manifestement dans l'expiration; elle » était élastique, rénitente, lisse, quoique bosse- » lée dans quelques endroits; elle paraissait n'avoir » pour paroi que la peau et ne contenir que de » l'air; elle avait existé pendant une huitaine de » jours, ne présentant que la grosseur d'une pe- » tite noix, puis avait fait de grands progrès.

» Je proposai aux parens de tenter un moyen de » guérison qu'ils adoptèrent aussitôt; en consé- » quence je pratiquai une double incision en T » qui me laissa voir toute la surface intérieure de » la tumeur, laquelle était lisse, d'une couleur lé- » gèrement rosée - grisâtre, et d'une apparence

» villeuse, assez analogue à une membrane
» muqueuse peu pourvue de vaisseaux et de fol-
» licules. Au travers de cette couche qui tapis-
» sait l'intérieur de la tumeur, on distinguait
» la forme de la partie supérieure de la trachée-
» artère et une portion du larynx; au milieu de
» l'intervalle qui se trouve entre le cricoïde et le
» premier fibro-cartilage de la trachée, on voyait
» un trou parfaitement rond, ayant au moins une
» ligne de diamètre; le contour de cette ouverture
» était très-régulier et recouvert de la même partie
» membraniforme qui formait tout l'intérieur de la
» cavité. Ce trou était aussi lisse que s'il eut été
» formé au moment de la naissance; on n'y remar-
» quait aucune trace d'ulcération, aucune marque
» d'inflammation. Pendant que j'examinais les cho-
» ses, l'air sortait avec force pendant les expirations,
» et entraînait des mucosités écumeuses. Cette ouver-
» ture fistuleuse parfaitement ronde, faite comme par
» un emporte-pièce, et dont les bords étaient bien
» cicatrisés, m'enleva presque l'espoir de guérir
» le malade. Cependant, je continuai d'agir selon
» ma première intention, qui avait été de toucher
» tout l'intérieur de la cavité et les bords de l'ou-
» verture avec du nitrate d'argent. J'apportai un
» grand soin à ce point de mon opération, pendant
» laquelle l'enfant qui criait fortement rejetait beau-
» coup de mucosités par le trou de la trachée; toutes
» ces mucosités se mêlaient à la pierre infernale,
» et ainsi colorées, étaient lancées sur mes mains

» qui en restèrent long-temps tachées. Après avoir
» cautérisé, je réappliquai la peau contre la paroi
» postérieure, je la maintins à l'aide de beau-
» coup de charpie, de compresses et d'une bande
» étroite et longue qui portait sur le cou, pas-
» sait sous les aisselles et autour de la tête. Les
» mains de l'enfant furent fixées de peur qu'elles
» ne se portassent sur l'appareil ; la bande se dé-
» rangea plusieurs fois, mais la charpie ne bougea
» pas, et le malade était parfaitement guéri le
» dixième jour. Je ferai remarquer que je ne sais
» comment étaient placés relativement à la tumeur
» les muscles sterno-hyodiens, sterno-thyroïdiens;
» que l'enfant, qui commençait à parler, n'avait pas
» la voix sensiblement altérée (1). »

---

(1) Dans les emphysèmes produits par une lésion des organes de la respiration, l'air s'épanche, de proche en proche, dans les cellules du tissu lamineux qu'il distend, et la tumeur n'est point bornée, n'est point circonscrite. Comment se fait-il que chez l'enfant dont M. Flaubert nous transmet l'observation, la tumeur emphysémateuse soit restée limitée au-devant du col, et pourquoi l'air ne s'est-il pas répandu dans les parties voisines pour produire un emphysème général? Pourquoi l'intérieur de la poche aérienne était-il couvert par une membrane pseudo-muqueuse, résultat évident de l'inflammation, tandis que dans les emphysèmes ordinaires, les lames du tissu cellulaire ne changent pas d'apparence, et ne paraissent même point avoir été irritées par la présence de l'air? Je pense qu'on peut se rendre

Ce malade avait été adressé à M. Delatour, chirurgien du faubourg Saint-Sèver, qui conseilla aux parens de consulter le docteur Flaubert, et de s'en rapporter à lui pour le traitement.

---

raison de cette différence, en examinant avec attention le développement de la maladie, et les circonstances qui l'ont accompagnée. Dans un effort violent de toux, la trachée-artère fortement comprimée par l'air, s'est déchirée dans un point de son étendue; l'air s'est échappé par l'ouverture accidentelle dans le tissu cellulaire extérieur, en entraînant avec lui une certaine quantité des mucosités des bronches. Ces fluides muqueux sont devenus, pour le tissu cellulaire, un corps étranger, irritant, qui a déterminé son inflammation, et l'exudation d'une matière albumineuse, plastique, semblable à celle des fausses membranes, comme cela se voit dans la formation des trajets fistuleux, toutes les fois qu'un liquide sécrété est versé accidentellement au milieu de tissus auxquels il est étranger. Cette inflammation et la fausse membrane qu'elle a produite, en interrompant les communications de la nouvelle cavité avec les cellules extérieures du tissu lamineux, se sont opposées au passage ultérieur de l'air dans leurs cavités, et par conséquent, à la formation d'un emphysème général. Cette fausse membrane, d'abord assez peu étendue, puisque la tumeur n'avait présenté pendant les huit premiers jours que le volume d'une petite noix, continuellement distendue par l'air qui pénétrait avec force dans son intérieur par l'ouverture fistuleuse, à chaque accès de toux, a pu s'étendre au point de remplir tout l'espace qui existe entre le sternum, l'os hyoïde et les deux muscles

M. le professeur Dubois a été consulté par M. Fouré de Nantes, pour un cas à-peu-près semblable à celui de M. Flaubert. Il s'agissait d'un jeune enfant au-devant de la trachée-artère duquel il survint, durant un accès de toux, une tumeur élastique, rénitente, sans changement de couleur à la peau,

---

sterno-mastoïdiens. On sait en effet avec quelle force un fluide qui pénètre par une petite ouverture dans une cavité spacieuse, peut agir sur ses parois pour les distendre. C'est ici une action purement mécanique. On ne saurait admettre, dans ce cas, que la membrane qui tapissait la tumeur à sa face interne, était formée par une hernie de la membrane muqueuse de la trachée-artère, à travers les anneaux cartilagineux de ce conduit, comme cela s'observe pour la vessie dans certaines rétentions d'urine ; l'étendue de la tumeur ne permet point d'admettre cette supposition.

La tumeur diminuait pendant l'inspiration, augmentait au contraire dans l'expiration. Il est facile de se rendre raison de ce double phénomène; il est dû aux mêmes causes que les variations de volume qu'éprouvent les hernies du poumon pendant les mouvemens de dilatation et de resserrement du thorax. Quant à l'efficacité du traitement employé, elle est évidente; les parois du kyste et le contour de l'ouverture fistuleuse, irrités par les applications réitérées du nitrate d'argent, se sont enflammées, et maintenues en contact au moyen d'un bandage convenablement appliqué, ces parties ont contracté entr'elles des adhérences qui se sont opposées à l'issue de l'air, et ont amené la parfaite guérison de l'enfant.

et remplie d'air. M. Dubois conseilla d'appliquer sur le lieu malade des compresses trempées dans de l'eau vinaigrée. Au bout d'un certain temps la toux cessa, et la tumeur disparut peu-à-peu d'elle-même.

L'emphysême produit par la rupture des bronches n'est pas toujours aussi considérable ; quelquefois il se borne au poumon, au tissu cellulaire qui sépare les lobes dont se compose cet organe essentiellement vasculaire. Cette maladie peu connue, assez fréquente cependant, a été étudiée spécialement dans ces derniers temps par M. Laennec qui l'a décrite avec beaucoup d'exactitude dans un ouvrage qu'il vient de publier (1) : elle donne lieu à l'aggrandissement inégal des cellules pulmonaires; celles-ci varient alors depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une semence de haricot. Ces vésicules dilatées ne dépassent pas le plus souvent la surface du poumon, cependant elles y forment quelquefois une légère saillie, dans ce dernier cas le poumon paraît vésiculeux comme celui des *batraciens* : dans un plus haut degré de la maladie, lors d'une compression plus vive du poumon, les vésicules aériennes se rompent; il se fait dans le tissu cellulaire un véritable épanchement d'air qui donne lieu à des phlyctènes

(1) De l'Auscultation médiate, *ou Traité du Diagnostic des maladies du poumon et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration ; par* R. T. H. Laennec. 1819.

irrégulières plus ou moins volumineuses, lesquelles peuvent atteindre le volume d'un œuf, et se déplacent facilement sous le doigt. Les poumons ainsi emphysémateux au lieu de s'affaisser lorsqu'on les tire de leur cavité, semblent s'échapper avec violence; ils sont moins compressibles et plus durs qu'à l'ordinaire; la crépitation qu'ils donnent est d'une nature particulière; ils sont plus légers et plus secs que dans l'état sain. La plupart de ces faits dont M. Laennec fournit plusieurs exemples très-instructifs, ont été fidèlement observés, bien que non décrits, par M. le professeur Béclard. Nous-mêmes, nous les avons plusieurs fois étudiés sur les poumons d'individus morts de catarrhe pulmonaire, après une toux longue et opiniâtre, et sur des cadavres d'enfants morts de la coqueluche (1) ou du croup.

VI.me OBSERVATION.

Emphysème du poumon déterminé par une toux vive.

Un vieillard, âgé de soixante et douze ans, vient de mourir (30 janvier 1810) à l'hôpital Saint-Louis, où il était traité pour un catarrhe suffoquant. Ses poumons sont infiltrés d'un sang noir, épais, à leur partie inférieure et postérieure laquelle est compacte,

(1) M. Magendie m'a dit avoir constaté que la maladie des chevaux à laquelle on a donné le nom de *pousse*, était produite par l'emphysème du poumon, déterminé par de violens efforts.

non crépitante, et présente quelques adhérences membraneuses avec la plèvre thoracique. Leur partie antérieure et supérieure est légère, crépitante, ne s'est point affaissée lors de l'ouverture de la poitrine; elle est couverte de vésicules transparentes, de grosseur variable, mobiles, dont les unes ont le volume d'un pois, les autres celui d'un haricot, d'une petite noix, etc.; l'intérieur de ces organes renferme aussi une très-grande quantité de ces vésicules arrondies et remplies d'air; une entre autres, située sur le sommet du poumon gauche, a la grosseur d'une petite pomme, et se trouve enveloppée par une membrane très-fine, transparente, qui communique dans plusieurs points avec les ramifications des bronches.

Un exemple frappant de l'emphysème du poumon produit par de violents efforts, s'est offert dernièrement à notre observation.

VII.me OBSERVATION.

Emphysème du poumon suite de violens efforts.

Le nommé Legrand (François-Anatole), gendarme, âgé de vingt ans, d'une constitution vraiment athlétique, résolut de se détruire, sans qu'on pût savoir les motifs qui le portaient à cet acte de désespoir. Pour accomplir son dessein, le 23 décembre 1819, il se procura plusieurs onces d'acide sulfurique qu'il mélangea avec une chopine d'eau-de-vie, se rendit sur les bords du bassin de l'Ourcq, avala le breuvage, et aussitôt se préci-

pita dans l'eau (il était une heure après midi) : des personnes qui l'avaient aperçu volèrent à son secours, et arrivèrent à temps pour le retirer vivant de l'eau, bien qu'il fût resté submergé pendant quelques instans. Il fut aussitôt transféré à l'hôpital Saint-Louis, et à son arrivée, examiné par le chirurgien de garde, M. Gibert, l'un des élèves internes les plus distingués, qui nous a fourni les renseignemens suivans : Legrand était couché sur le côté droit du corps, les membres fléchis et rapprochés du tronc, courbé lui-même en avant ; la tête était renversée en arrière, la face pâle et violacée dans quelques endroits ; les yeux parfois égarés et le plus souvent fermés ; la langue couverte d'un enduit jaune noirâtre était assez humide à sa base ; le malade rejetait par le vomissement, et avec des efforts très-pénibles, une matière liquide, peu abondante, noirâtre, poisseuse ; il éprouvait de violentes douleurs dans le ventre et à la gorge, et poussait des plaintes et des gémissemens continuels ; les membres étaient froids, le pouls très-petit, difficile à sentir, intermittent.

Le lait fut aussitôt administré, avalé assez facilement, et son ingestion presqu'immédiatement suivie d'un vomissement abondant de matière noirâtre, épaisse, bourbeuse. Cette matière filtrée passa à-peu-près incolore ; elle avait une saveur fortement acide ; on y mêla quelques gouttes d'une solution de muriate de baryte, qui y détermina aussitôt un précipité abondant.

Tous ces signes, joints au rapport du malade, établirent d'une manière évidente que l'empoisonnement était dû à l'acide sulfurique. Après ce vomissement, il y en eut encore plusieurs de très-pénibles, et accompagnés d'efforts très-douloureux. On fit prendre au malade une émulsion à laquelle on ajouta une once de sirop diacode; les deux premières cuillerées furent difficilement avalées, la douleur de gorge s'étant accrue. Immédiatement après le malade éprouva de nouveaux efforts de vomissement, et rejeta encore une petite quantité de liquide. Peu après, les vomissemens cessèrent, les douleurs parurent appaisées, le malade continua à se plaindre, mais moins vivement et fut plus calme; le soir on continua de donner par cuillerée une émulsion gommeuse et opiacée; le mieux se soutint et parut même s'accroître. Vers les huit heures et demie le malade était notablement mieux; il se plaignait moins, parlait et commençait à désirer sa guérison, tandis que le matin il regrettait vivement qu'on l'eût arraché à la mort. Il se levait de temps en temps sur son séant avec assez de liberté, puis se recouchait brusquement. Cependant il se plaignait d'un sentiment d'ardeur interne, de feu dévorant dans le ventre, selon son expression, et demandait instamment qu'on lui donnât de l'eau fraîche. Il existait encore des nausées et de plus quelques hoquets; la peau des membres était chaude, le pouls élevé, irrégulier, le ventre tendu, douloureux au toucher.

Il y avait eu dans la journée deux excrétions d'urine assez copieuses ; la première avait été extrêmement pénible et douloureuse, la seconde assez facile et presque sans douleur. On appliqua quinze sangsues sur le ventre, et on administra un lavement émollient. Peu de temps après des coliques vives survinrent et le malade expira dans la nuit vers les trois heures, treize heures environ après l'empoisonnement.

Le 25, en présence d'un grand nombre d'élèves, nous procédâmes à l'ouverture du cadavre avec M. le docteur Biett mon collègue, auquel appartenait le malade, et mon ami, M. le professeur Orfila; nous trouvâmes, entr'autres lésions (1), un emphy-

(1) Le cadavre ne présentait aucune trace de lésion à l'extérieur, seulement le col, le poitrine et la partie supérieure des bras présentaient des vergetures violacées. Les membres étaient étendus et dans un état de roideur remarquable : la tête était renversée en arrière, et la physionomie portait l'empreinte d'une profonde douleur. Les lèvres étaient couvertes d'excoriations blanchâtres, et leur épiderme se détachait par lambeaux avec la plus grande facilité ; les dents étaient fort blanches, rugueuses et évidemment corrodées par l'action de l'acide : la langue, le palais, la luette, la face interne des joues se trouvaient également couverts d'escharres blanchâtres ; ces parties étaient enflammées, ainsi que la surface saillante des amygdales et le pharynx. L'œsophage était très-rétréci, très-enflammé; ses veines sur-tout parfaitement injec-

sème considérable des poumons. Ces organes ne s'affaissèrent presque point dès que la cavité thoracique fut ouverte. Ils étaient d'une couleur rose

---

técs, représentaient un réseau fort compliqué. La membrane muqueuse de ce conduit offrait des escarrhes blanchâtres sous la forme de sept ou huit lignes longitudinales étendues depuis la partie inférieure du pharynx jusqu'à l'estomac, et coupées à angle droit par une multitude d'autres lignes transversales : de sorte que ces escharres semblaient formées par une suite de grains blancs, placés à la file les uns des autres, comme ceux d'un chapelet. Cette altération était bien certainement due à la disposition des plis de la membrane muqueuse de l'œsophage, déterminés par la vive contraction des fibres musculaires transversales et longitudinales de ce conduit ; la partie la plus saillante de ces plis avait été seule atteinte par le poison, tandis que le fond des sillons qui les séparaient, avait été soustrait à son action. L'abdomen ayant été ouvert suivant le procédé indiqué par M. le Professeur Chaussier, nous vîmes que l'estomac était dans un état d'inflammation des plus violens. Sa surface extérieure, d'un rouge vif, était parsemée de taches noirâtres plus ou moins étendues, plus prononcées vers la courbure colique de cet organe que dans ses autres régions. Ces taches étaient de véritables ecchymoses formées par un sang noir, épanché entre la tunique séreuse et la tunique musculeuse. La face interne de l'estomac gonflée, comme boursoufflée, était convertie en une large escharre, d'un noir très-intense dans quelques endroits, d'une couleur brune *terre d'ombre* dans d'autres. La mem-

pâle, et présentaient quelques taches violacées assez foncées. De légères adhérences cellulaires unissaient en arrière le poumon gauche aux parois de la poi-

---

brane muqueuse épaissie était restée fort adhérente, et ne s'enlevait par lambeaux qu'avec difficulté. La valvule pylorique se trouvait presqu'entièrement détruite par une escharre gangreneuse; l'estomac contenait un fluide épais, bourbeux, d'un brun foncé, inodore et d'un goût fade, nullement acide. L'intestin grêle était rouge et dans un état de phlogose d'autant plus prononcé, qu'on l'examinait plus près de son extrémité supérieure. Il contenait de la bile jaunâtre, mêlée avec un liquide muqueux, gris, assez fétide. Le sommet des valvules conniventes était noirâtre, évidemment escharrifié, sur-tout dans le duodénum et dans la partie supérieure du jéjunum. Le gros intestin ne présentait pas de traces d'inflammation; il contenait des matières muqueuses grisâtres; le foie était dans un état sain, et la vésicule du fiel distendue par une assez grande quantité de bile verdâtre. Le pancréas était parfaitement sain. Le canal de l'urètre ne présentait aucune trace d'inflammation. La vessie, fortement contractée et très-dure, était vide; le réseau veineux qui rampe au-dessous de sa membrane muqueuse, était injecté, ce qui la faisait paraître légèrement enflammée : les autres organes abdominaux n'offraient rien de notable. — Le cœur était distendu par une grande quantité de sang noir, coagulé; la membrane interne de ses cavités, blanchâtre, très-prononcée, pouvait se détacher par lambeaux très-étendus de la surface des colonnes charnues; l'épiglotte était tuméfiée, escharrifiée à sa face supérieure, très-alongée

trine. Le droit était parfaitement libre. Le premier offrait à sa partie antérieure une vésicule, sorte d'ampoule aérienne, transparente, de la grosseur d'une noix, applatie, formée par la plèvre, laquelle était soulevée et détachée de la surface de l'organe par l'air épanché au-dessous. Cinq ou six autres vésicules semblables, un peu moins volumineuses seulement, se remarquaient sur divers points de la superficie du même poumon; on pouvait les faire changer de place en les comprimant avec les doigts; le poumon droit offrait aussi plusieurs ampoules aériennes; la plus remarquable se trouvait placée entre le lobe supérieur et le lobe moyen, au fond de la scissure qui les sépare l'un de l'autre; elle avait deux pouces et demi de longueur et un pouce de largeur. Le tissu du poumon étant incisé, s'affaissait peu, et lorsqu'on venait à le comprimer, on voyait l'air infiltré entre ses lobes s'échapper sous forme de bulles.

Cet emphysème du poumon avait été, sans aucune espèce de doute, produit par les efforts considérables

---

et comme roulée en dedans par ses deux bords; sa face inférieure était rouge, très-enflammée, ainsi que la face interne du larynx et de la trachée-artère; mais aucune escharre, aucune trace du poison ne se faisaient apercevoir sur ces dernières parties, ce qui me porte à penser que leur inflammation était un symptôme entièrement sympapathique ou de contiguité. Les poumons présentaient les altérations ci-dessus décrites. — Le cerveau n'offrait rien de particulier à noter.

que le malade avait faits pendant son immersion, et peut-être aussi par ceux qui nécessitèrent bientôt après, des vomissemens aussi violens que répétés. Il reste à déterminer si l'emphysème du poumon est un effet constant de l'asphyxie par submersion ; si cet emphysème se forme toujours pendant les mouvemens convulsifs que détermine la suffocation chez personnes qui se noyent. Ce serait un point important à déterminer en médecine légale ; il servirait à faire reconnaître si une personne trouvée submergée a été jetée à l'eau pendant sa vie ou après sa mort. Je compte l'éclaircir par de nouvelles observations et par quelques expériences que je tenterai sur les animaux.

Les compressions vives et souvent répétées des parois de la poitrine sur le poumon produisent, dans quelques cas, sinon la rupture, au moins un affaiblissement, une dilatation passive et permanente des bronches, d'autant plus analogue à la dilatation anévrysmatique des artères, que la fibre composante de ces deux sortes de canaux est elle-même analogue. M. Laennec a rencontré sur des individus morts à la suite de catarrhes chroniques, la dilatation des rameaux des bronches, maladie dont on n'avait pas parlé avant lui. Dans ce cas les ramifications bronchiques sont souvent quadruplées de volume, et leurs extrémités se terminent en culs-de-sac capables de loger un grain de chènevis, un noyau de cerise, une amande : leur membrane interne est épaisse et rougie, elle adhère fortement aux cerceaux cartilagineux. Cette

altération occupe spécialement le lobe supérieur du poumon (1) et s'étend quelquefois plus loin : le croup, l'asthme, la coqueluche, la produisent souvent, ainsi que toutes les toux opiniâtres (2) et les diverses espèces de dyspnées.

Les emphysèmes traumatiques des parois de

(1) Pendant la toux, en même temps que les côtes s'abaissent avec rapidité, les muscles de l'abdomen se contractent spasmodiquement avec beaucoup de violence, refoulent subitement le diaphragme, et par conséquent les poumons, vers la partie supérieure de la poitrine, dans le fond de l'espèce de cône creux, formé par la cavité des plèvres au niveau de la première côte. Il est probable que l'air contenu dans les bronches est poussé avec plus de force, dans ce cas, vers le sommet du poumon, et qu'arrêté dans l'espace de cul-de-sac qu'il représente, il agit avec plus de violence sur cette partie de l'organe que sur les autres. Il est possible aussi que la pesanteur spécifique différente de l'air qui tend à occuper la partie supérieure de l'organe et du sang qui se porte plus facilement vers sa base, joue un rôle important dans l'explication de ce phénomène pathologique.

(2) Il est un bon moyen de s'assurer de la dilatation des bronches et de l'évaluer. Il consiste à insuffler une portion du poumon dans laquelle on retient l'air au moyen d'une ligature, à la soumettre ensuite à une dessiccation complète. On la coupe alors tranches par tranches avec un rasoir, ou tout autre instrument bien acéré. Il est facile d'étudier sur ces différentes coupes, les variétés de forme et de grandeur des cavités formées par la dilatation des bronches et des cellules aériennes du poumon.

la poitrine peuvent être produits : 1.° après la seule ouverture des parois thoraciques et de la plèvre costale qui les tapissent en dedans, comme on le remarque dans certaines plaies de la poitrine simplement pénétrantes ; 2.° après la déchirure du poumon seulement et des vésicules bronchiques, ainsi qu'on l'observe dans les fractures des côtes, lorsque les fragmens se sont enfoncés vers la cavité des plèvres ; 3.° enfin après l'ouverture extérieure de la poitrine et la blessure du poumon tout-à-la-fois. Voici ce qui arrive dans ces diverses circonstances : dans le premier cas, dès que la plèvre costale a été traversée par l'instrument vulnérant, le poumon se retire vers la colonne vertébrale par sa contractilité de tissu, et l'air extérieur par son poids se précipite dans la cavité de la plèvre jusqu'à ce qu'il la remplisse. La poitrine, par ses mouvemens de dilatation et de resserrement, agit tour-à-tour sur le fluide élastique qu'elle renferme accidentellement et qui communique à l'extérieur, comme une pompe aspirante et foulante ; on voit une colonne d'air entrer et sortir alternativement par la plaie. Le poumon correspondant n'éprouve alors que de très-légers mouvemens de dilatation et de resserrement que lui communiquent les parois du thorax par l'intermède de l'air renfermé dans la plèvre, lorsque l'inspiration et l'expiration se font avec force et vitesse, ou quand l'ouverture de la plaie est étroite, oblique et plus ou moins sinueuse. C'est pendant le resserrement du thorax que

l'air s'insinue dans le tissu lamineux qui unit les plans musculeux et aponévrotique des parois de cette cavité, et delà s'épanche dans les parties voisines.

Dans le second cas, les fragmens d'une côte fracturée ont-ils blessé le poumon; cet organe revient sur lui-même par sa contractilité de tissu, à mesure qu'il laisse échapper dans la plèvre l'air qu'il renferme; il s'établit une fistule aérienne interne. C'est spécialement pendant l'inspiration que l'air s'épanche dans la plèvre, lorsque le vide tend à se faire dans cette cavité séreuse par la dilatation des parois du thorax d'une part, et par le resserrement élastique du poumon de l'autre. Si l'expiration a lieu, l'air épanché est comprimé; il tend d'un côté à rentrer dans le poumon par l'ouverture fistuleuse, et de l'autre à s'échapper par l'ouverture que présente la plèvre costale déchirée. Peut-être dans ce cas, l'affaissement du poumon met-il obstacle à la rentrée de l'air dans les cellules bronchiques, tandis que le fluide peut s'insinuer aisément dans la déchirure de la plèvre costale, maintenue ouverte par les fragmens saillans de la côte fracturée? La poitrine agirait alors comme une pompe foulante pour soutirer l'air du poumon, et comme une pompe foulante pour le chasser dans le tissu cellulaire des parois de la poitrine. On conçoit que les effets ci-dessus mentionnés doivent être encore bien plus marqués lors des efforts violens nécessités par la toux qui accompagne la maladie; aussi dans ce cas

l'emphysème s'accroît-il spécialement pendant les efforts de la toux. On trouve dans les auteurs de nombreux exemples d'emphysèmes venus à la suite de fractures de côtes, sans ouvertures extérieures de la poitrine. J'en ai observé plusieurs; dernièrement encore on conduisit à l'hôpital Saint-Louis un vieux jardinier qui était tombé du haut d'une échelle sur un treillage, et qui s'était fracturé plusieurs des côtes sternales gauches. Il survient sur le côté correspondant de la poitrine un emphysème considérable qui envahit bientôt toute cette région du tronc, s'étendit dans les parois de l'abdomen, gagna le col, etc. M. le professeur Richerand pratiqua une profonde incision longitudinale sur le lieu même de la fracture, pour donner issue à l'air épanché et pour s'opposer à une nouvelle accumulation. La fracture fut maintenue, réduite, et le malade se rétablit parfaitement.

Enfin dans les plaies pénétrantes de poitrine qui intéressent la substance du poumon, lorsqu'il se forme un emphysème, la tumeur est formée en même-temps par l'air extérieur et par celui du poumon, et plutôt par l'un que par l'autre, suivant la disposition de la blessure et la facilité plus grande que l'air éprouve à s'introduire dans la plèvre de l'un ou de l'autre côté.

Il faut dans le mécanisme de la formation des emphysèmes traumatiques des parois de la poitrine, tenir compte de l'élasticité, de la compressibilité de l'air; de la largeur des surfaces aspirantes et compri-

mantes; des efforts nécessités par la toux; de l'étendue des ouvertures par lesquelles l'air entre dans les plèvres ou s'en échappe pour passer dans le tissu cellulaire extérieur, etc.

Quand un corps étranger solide est introduit dans la trachée-artère, il irrite la membrane sensible qui tapisse la face interne de ce conduit. Les parois de la poitrine et de l'abdomen se contractent ensemble d'une manière convulsive pour en opérer l'expulsion, et lorsqu'il vient à se présenter à l'orifice de la glotte spasmodiquement fermé, il est retenu, il arrête subitement la colonne d'air qui tend à s'échapper, détermine souvent la rupture des cellules aériennes du poumon et l'emphysème de cet organe : la production de cet accident qui peut aussi reconnaître pour cause le seul obstacle que l'occlusion de la glotte apporte à la sortie de l'air quand le corps étranger est retenu dans les bronches, a été parfaitement expliquée par un de nos plus célèbres chirurgiens, l'auteur de la Nosographie chirurgicale(1).

(1) M. le professeur Richerand dit, à l'occasion des corps étrangers introduits dans les voies respiratoires : « En outre, la colonne d'air à chaque instant refoulée » dans le tissu pulmonaire, réagit sur les lames déli» cates des cellules aériennes, les distend outre-mesure, » et finit par les rompre; alors l'air passe dans le tissu » cellulaire qui unit ensemble les divers lobules dont » le poumon est composé ; cet organe devient lui-même » emphysémateux. » Et plus loin, il ajoute : « Et quoi» que les poumons soient pleins d'air, il y a en quelque » sorte erreur de lieu ; le malade périt suffoqué. »

Lorsque l'air est retenu dans les poumons par le resserrement de la glotte et que la poitrine se contracte dans tous ses diamètres, lorsque nous faisons de violens efforts, les gros vaisseaux sanguins contenus dans la poitrine et le cœur sont aussi très-fortement comprimés (1). Ce dernier organe est gêné

(1) Chez les personnes qui ont un épanchement séreux, sanguin, purulent ou aérien dans la cavité des plèvres, les poumons et les autres viscères thoraciques sont comprimés ou dilatés par l'intermède de ces liquides qui leurs transmettent toutes les impulsions qu'ils reçoivent eux-mêmes des parois de la poitrine. Chez certains malades attaqués d'hydrothorax considérable, on voit les espaces intercostaux écartés par le liquide épanché et les muscles qui les remplissent, amincis, venir faire saillie au-delà des côtes à chaque effort déterminé par la toux : si la poitrine offre dans ce cas une ouverture fistuleuse, le liquide qu'elle contient en sort avec force et souvent par jets dans les mêmes circonstances. Il était facile de voir le pus sortir par saccades pendant la toux et les efforts, chez un militaire blessé d'un coup de pointe de sabre au côté droit de la poitrine, et qui avait dans la cavité de la plèvre un épanchement purulo-sanguin très-fétide, lequel s'écoulait par la plaie. Cet homme sortit parfaitement guéri de l'hôpital du Val-de-Grâce, après avoir éprouvé divers accidens, suite de sa blessure. En 1810, je fis la même remarque sur un phthisique couché dans une des salles de M. Pelletan, à l'Hôtel-Dieu. La plèvre était remplie par une énorme quantité de pus qui s'échappait avec force par une ouverture fistuleuse des parois de la poitrine, à chaque effort

dans ses mouvemens ; il ne se dilate qu'avec peine ; il lutte, pour ainsi dire, contre la pression à laquelle il est soumis. Sa diastole devient plus difficile, son resserrement au contraire se fait avec plus d'énergie, vu qu'il a lieu dans le même sens que la cause comprimante. Les parois de la poitrine, en comprimant le cœur, soutiennent, augmentent la force de pression de cet organe sur le liquide qu'il renferme, et par conséquent la projection du sang dans les artères aortes et pulmonaires, à-peu-près de la même manière que les parois abdominales aident à la contraction de certains organes creux pour l'expulsion des humeurs qu'ils renferment.

Si l'on produit un effort violent, la main appliquée sur la région du cœur cesse de sentir les mouvemens de cet organe. Il faut, dans cette expérience, avoir soin de pencher d'abord fortement le tronc en avant, afin que le cœur, par son poids, porte davantage sur la paroi antérieure du thorax, et y fasse sentir ses pulsations d'une manière plus marquée. L'observation de ces phénomènes est des plus faciles à faire sur les personnes chez lesquelles ces pulsations ont beaucoup de force et d'étendue ; sur les individus

---

déterminé par la toux. Une jeune fille phthisique couchée actuellement au n.° 25 de la salle Saint-Augustin, à l'hôpital Saint-Louis, présente au-dessous du sein droit une ouverture fistuleuse étroite qui paraît communiquer avec la cavité de la plèvre, et par laquelle le pus sort en abondance et par jets, lorsque la jeune malade tousse ou fait quelqu'effort considérable.

affectés d'anévrysme au cœur. Les battemens cessent de se faire apercevoir à l'extérieur dans ce cas, parce que les intercostaux et les autres plans musculeux du thorax sont tendus, fortement contractés, et ne se laissent plus soulever, pousser en dehors, par le cœur qui vient heurter les parois de la poitrine. J'ai fait encore dernièrement cette remarque sur un garçon boulanger, d'une constitution lymphatique, qui est traité dans une des salles de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis, pour un anévrysme actif du cœur.

Le cœur comprimé diminue réellement de capacité pendant les efforts soutenus ; le sang y revient, y pénètre plus difficilement, ainsi que dans les gros troncs veineux de la poitrine, lesquels sont soumis à la même pression ; delà stase de ce fluide dans les veines voisines qui se gonflent, se dilatent de proche en proche, et viennent faire saillie au-dessous de la peau.

On conçoit aisément que les efforts prolongés, ou souvent répétés, en comprimant les organes pectoraux, 1.º produisent un engorgement, une sorte de stase dans le système veineux, par l'obstacle qu'ils apportent à la rentrée du sang dans le cœur et les gros troncs veineux, ainsi qu'au passage de ce liquide à travers les poumons (1), effet augmenté dans ces cir-

(1) Les vaisseaux sanguins du poumon sont alors fortement pressés de tout côté par l'air élastique qui remplit les bronches et les cellules aériennes dans lesquelles il est retenu, et dont la densité a réellement augmenté par la

constances par l'activité que les muscles extérieurs en contraction impriment à la circulation veineuse ; 2.° que par les mêmes raisons, les efforts occasionnent une légère déplétion dans le système artériel, et cependant une projection plus forte, quoique moins abondante, du sang dans les artères; 3.° enfin, qu'ils s'opposent au changement chimique que doit éprouver le sang dans le poumon, en empêchant le renouvellement de l'air dans l'intérieur de cet organe.

Les changemens physiques qui arrivent pendant les resserremens du thorax dans les organes centraux de la respiration et de la circulation, nous rendent raison du gonflement, de la rougeur violacée de la face et du cou, chez les personnes qui, comme les bateleurs, exécutent de violens efforts; des divers accidens qu'on a eu occasion d'observer dans ces circonstances, tels que la rupture du cœur, celle des gros vaisseaux thoraciques, des tumeurs anévrysmales, etc.; des épanchemens de sang dans le cerveau, dans le tissu des poumons; de la formation des ecchymoses de la conjonctive chez les personnes constipées; de l'oppression, des étouffemens et des palpitations qu'éprouvent les individus attaqués de maladies organiques du cœur, lorsqu'ils montent un escalier, genre de mouvement qui demande des efforts continuels pour élever à-la-fois tout le poids

pression à laquelle il est soumis. On ne peut nier ici l'obstacle purement physique que le sang éprouve à traverser le tissu resserré du poumon, à passer du ventricule droit du cœur dans le gauche.

du corps d'un plan inférieur sur un plan plus élevé. Pendant ces efforts, les parties malades sont douloureusement comprimées, le cœur se dilate péniblement, mais se contracte avec plus de force sur le sang qui remplit et distend ses cavités, etc.

Le vomissement nécessite, comme on sait, des efforts plus ou moins considérables de la part des puissances expiratrices, et pendant qu'il a lieu l'estomac et les viscères abdominaux ne sont pas seules parties comprimées; les organes contenus dans la poitrine éprouvent aussi des compressions, des secousses plus ou moins vives. Ne pourrait-on pas attribuer à cette cause, au resserrement spasmodique et violent des parois du thorax, les ruptures de l'œsophage qu'on a observées pendant le vomissement, cas fort rare, et dont on ne connaît guères jusqu'ici que trois exemples : un rapporté par Boërhaave, et cité par M. Portal dans son Traité d'Anatomie médicale, un autre consigné dans le second volume du Journal de Chirurgie de Desault; un troisième enfin communiqué par M. le docteur Guersent à la Société de l'Ecole de Médecine, qui l'a fait insérer dans son Bulletin, (1807, p. 73.)

Si on examine le pouls d'une personne qui fait de vigoureux efforts, (j'ai répété cette expérience sur moi-même, sur d'autres individus et nombre de malades), on aperçoit de légers changemens, appréciables néanmoins, dans la force, la fréquence, la régularité des pulsations des artères, et par conséquent dans les mouvemens du cœur: on éprouve aussi vers la tête une sensation particulière, assez pénible, pro-

duite par une sorte de reflux, de remoux du sang veineux dans la veine cave supérieure et ses principales divisions (1), comme les veines jugulaires, les sinus de la dure-mère, etc.

La sensation incommode, l'espèce de suffocation qu'on ressent aussi dans ce cas, vers la région du cœur, ne dépendrait-elle pas de la compression des plexus nerveux qui entourent la base de cet organe et les gros vaisseaux qui en sortent ou qui s'y rendent. On conçoit également l'influence des efforts souvent répétés sur la formation de certaines maladies organiques du cœur, principalement des anévrysmes actifs et passifs dont il est si souvent le siège, et sur la production de plusieurs autres affections des organes renfermés dans la poitrine; je terminerai les réflexions que je viens de présenter sur l'influence des efforts et des mouvemens de la poitrine sur les organes thoraciques, par l'exposé d'un cas de hernie dont je ne connais pas d'exemple, et qui me paraît

(1) Chez les malades affectés de toux opiniâtre, on observe parfaitement bien le reflux du sang veineux dans les veines jugulaires, à chaque effort d'expiration qu'ils exécutent. Ce reflux constitue une sorte de pouls veineux particulier qui dépend de la pression des parois de la poitrine sur la veine cave supérieure et ses premières divisions; il ne faut point le confondre avec le pouls veineux que l'on observe distinctement chez certaines personnes, dans l'état de repos le plus parfait, et qui coïncide les mouvemens de l'oreillette droite du cœur.

intermédiaire aux hernies abdominales et thoraciques. Voici le fait :

VIII.me OBSERVATION.

Un militaire nommé Haymard, âgé de trente-trois ans, fut renversé par un train d'artillerie à la bataille de Lutzen, comme la division dont il faisait partie exécutait un mouvement accéléré pour tourner la position de l'ennemi. Une pièce de canon lui passa traversalement sur la partie supérieure de l'abdomen. Les accidens les plus formidables se manifestèrent aussitôt; le malade rendit abondamment du sang par la bouche et par les fosses nasales, il éprouva de fréquentes lipothymies accompagnées de sueurs froides qui firent craindre pour sa vie. On lui prodigua tous les soins que permettait alors la position de notre armée, et on parvint à le rétablir, quoique fort imparfaitement, puisque ce malheureux traîne depuis sept ans d'hôpitaux en hôpitaux une existence si misérable, qu'il desire à tout instant voir la mort mettre un terme à ses souffrances. Haymard fut reçu, dans les premiers jours de juin 1819, à l'hôpital Saint-Louis, et couché dans l'une de salles de chirurgie de M. Professeur Richerand. Voici l'état actuel de ce malade : il offre sur la partie latérale gauche et inférieure de la poitrine une tumeur arrondie du volume d'une petite noix, sans changement de couleur à la peau, rénitente et fort douloureuse au toucher. Cette tumeur sort par l'espace qui sépare la huitième côte de la neuvième, à la réunion du cartilage de prolongement

avec la portion osseuse ; elle ne peut être réduite par le taxis qui est fort douloureux. Elle augmente un peu pendant les efforts ; quelquefois elle acquiert le volume d'un œuf ; elle devient alors très-dure, d'une sensibilité telle que le malade peut à peine souffrir dessus le contact des vêtemens les plus légers, et de plus produit tous les symptômes d'une hernie intestinale étranglée, tels que des hoquets, des nausées, des vomissemens, de vives coliques accompagnées d'un sentiment de déchirement dans tout le ventre, dont les parois sont spasmodiquement contractées. Pour diminuer ses douleurs le malade est obligé de se tenir couché et courbé sur le côté gauche, et de se comprimer fortement le ventre avec les mains. (1) Les phénomènes respiratoires n'offrent aucune altération, seulement l'expiration forcée produit de vives douleurs dans la tumeur, laquelle, dans ce cas, est probablement comprimée par le rapprochement des côtes ; en déprimant la paroi anterieure du ventre au-dessous du bord cartilagineux des côtes gauches, et en repoussant les viscères abdominaux vers la colonne vertébrale, la tumeur diminue un peu de volume ; une fois même on est parvenu à la réduire complètement par ce

(1) Il ne peut manger qu'une petite quantité d'alimens à-la-fois, et souvent les rejette avec les boissons par le vomissement : le sommeil est presque nul : les souffrances sont continuelles. Haymard, primitivement d'une complexion très-vigoureuse, se trouve maintenant maigre, décharné, et porte sur ses traits l'empreinte de douleur et de la misère....

moyen, mais alors les douleurs devinrent tellement intenses qu'on se vit forcé de la laisser reparaître au dehors. Il était alors facile de sentir avec les doigts à travers les tégumens, l'ouverture arrondie qui lui livrait passage. Le malade ne peut suporter l'application d'un bandage et désire quitter l'hôpital pour retourner dans son pays natal.

Cette hernie est une de ces maladies rares qu'on ne saurait trop signaler à l'attention des pathologistes; elle établit un nouveau genre de déplacement de l'un des viscères de l'abdomen à travers les espaces intercostaux inférieurs. Les symptômes généraux et locaux que j'ai remarqués me portent à penser que la tumeur est formée par l'estomac, ou le colon transverse qui se sera échappé à travers le septième espace intercostal, en perçant le muscle diaphragme près de son insertion à la base de la poitrine, vers l'endroit où ses fibres se croisent par digitations avec celles du muscle transverse (1). Comme ces insertions du diaphragme ont ici beaucoup de largeur, il est probable que la tumeur herniaire traverse ce muscle, sans pour cela passer dans le cul-de-sac des plèvres qui se trouve au-dessus.

(1) Dans cet endroit les insertions du muscle diaphragme aux côtes ont près de deux pouces de largeur, tandis qu'en avant elles sont les plus étroites. M. le professeur Béclard a bien soin, dans ses excellentes leçons d'anatomie, de faire remarquer cette différence, qu'il est très-important de connaître exactement dans plusieurs des opérations chirurgicales qui se pratiquent sur la poitrine.

EFFETS REMARQUABLES

D'UNE PETITE DOSE D'EXTRAIT DE *DATURA STRAMONIUM*, DANS UNE CÉPHALALGIE INTENSE;

Par M. ORFILA.

LE 15 septembre 1819, je fus consulté à Mahon, dans l'île de Minorque, par madame N***, âgée de trente ans, d'une faible constitution, qui se plaignait depuis deux ans d'une *céphalalgie générale* très-intense. La douleur était tellement vive, que la malade ne pouvait se livrer à aucune espèce d'occupation, et qu'elle était presque toujours tourmentée d'insomnie. Néanmoins la céphalalgie n'était pas continue; après un accès de 3 ou 4 heures, on observait une intermission de 20, 30 ou 40 minutes. Du reste, les diverses fonctions s'exécutaient à-peu-près comme dans l'état naturel, excepté la digestion qui paraissait un peu laborieuse. Je m'aperçus bientôt, par l'absence de signes qu'il est inutile d'énumérer, que la douleur que j'avais à combattre n'était point un symptôme d'une affection organique de l'encéphale ni du cervelet : il me parut également démontré que la cause de cette affection ne résidait point dans le canal digestif, et que l'on devait considérer le dérangement des digestions comme un effet sympathique de l'affection cérébrale. Je crus dès-lors devoir rapporter cette maladie

à la classe des lésions nerveuses, qui peuvent revêtir des formes si variées.

Les médecins qui avaient été consultés jusqu'alors, avaient infructueusement employé les pédiluves, les saignées du pied et de la jugulaire, l'émétique en lavage et dissous dans une petite quantité d'eau, le quinquina sous diverses formes : l'application de sangsues sur la région mastoïdienne du temporal et sur l'épigastre, n'avait pas été suivie de plus de succès.

Je voulus essayer l'effet de certains narcotiques puissans et je me déterminai d'abord pour l'extrait de *datura stramonium*, dont j'avais déja eu occasion de constater l'action salutaire dans des cas analogues. Je prescrivis des pilules dans la composition desquelles je fis entrer un grain de cet extrait, que je fis préparer avec le plus grand soin. La malade prit une de ces pilules tous les matins à jeun, pendant les journées du 16, du 17, du 18, du 19 et du 20. Voyant qu'elle n'avait éprouvé aucun soulagement, je fis doubler la dose, et le 21 elle prit en effet deux de ces pilules. A midi, c'est à-dire quatre heures après l'ingestion de ce médicament, je fus appelé à la hâte par les parens de madame N.***, que je trouvai plongés dans le désespoir ; la malade présentait un appareil de symptômes effrayans, que je reconnus bientôt être ceux de l'empoisonnement par le *datura*.

La face était d'un rouge poupre, gonflée; les yeux saillans, la pupille dilatée, les paupières à demi-

fermées ; la malade voyait à peine ; elle entendait très-mal ; des mouvemens convulsifs violens affectaient les muscles de l'os maxillaire inférieur, des lèvres, et des membres thoraciques et abdominaux du côté droit. Le côté gauche était complètement paralysé ; les facultés intellectuelles étaient singulièrement troublées ; la malade balbutiait continuellement des mots incohérens ; elle versait des pleurs, et tout annonçait qu'elle était en proie à des souffrances horribles. La déglutition était très-difficile, la sensibilité de l'abdomen exaltée : le pouls était petit et fréquent, la respiration gênée et accélérée ; la chaleur de la peau dans un état naturel ; il n'y avait de sueurs froides qu'à l'extrémité inférieure du membre abdominal paralysé.

Je voulus d'abord m'assurer que ces accidens avaient été produits par l'ingestion de deux pilules : en conséquence, j'examinai la boëte qui les contenait, et je restai parfaitement convaincu qu'il en était ainsi. J'ordonnai de suite l'application de dix sangsues derrière les oreilles, de larges sinapismes aux pieds, et je fis administrer un lavement irritant préparé avec du sel commun et du vinaigre ; je donnai pour boisson l'eau vinaigrée, dont je faisais prendre trois cuillerées à bouche toutes les dix minutes. Je ne crus pas devoir recourir à l'émétique, parce qu'il me paraissait démontré que le *datura* ne se trouvait plus dans le canal digestif, et que les effets observés dépendaient de l'absorption de cette substance et de son transport dans le torrent de la circu-

lation. Je n'aurais pas manqué d'employer le vomitif d'abord, si la dose du *datura* avalé eût été plus forte.

L'emploi de ces moyens ne tarda pas à être suivi de succès; les symptômes diminuèrent d'intensité, au point que vers les six heures du soir je crus la malade hors de danger; elle avait recouvré l'usage des sens; le membre paralysé commençait à exercer quelques légers mouvemens. Je fis supprimer les sinapismes qui occasionnaient de trop vives douleurs; on continua la même boisson vinaigrée que l'on alterna avec l'eau de gomme sucrée. A minuit, nouvelle attaque en tout semblable à celle qui a été décrite, si ce n'est qu'elle fut moins forte. On eut recours à une potion antispasmodique qui ne tarda pas à faire disparaître les accidens. Dès-lors la malade entra en convalescence. La journée du 22 et du 23 n'offrit rien de remarquable : on observait seulement un affaissement général, de la difficulté à marcher et à prononcer distinctement les mots; *la céphalalgie n'existait plus*. Le 24, on administra un laxatif qui détermina des évacuations abondantes; dès-lors l'appétit se réveilla, et la malade recouvra des forces : elle fut entièrement guérie le 30 septembre, c'est-à-dire, neuf jours après l'empoisonnement. Le 27 octobre, veille de mon départ de Mahon, elle était à merveille, et n'avait plus souffert de mal de tête. J'ai appris depuis qu'il en était de même le 20 novembre.

Cette observation me paraît devoir intéresser le

lecteur, sous deux points de vue : 1.º deux grains d'extrait de *datura* administrés à une personne qui, depuis cinq jours en prenait sans inconvénient un grain tous les matins, ont suffi pour déterminer un empoisonnement très-grave. Il est vrai que j'ai eu occasion de me convaincre, en exerçant la médecine dans les îles Baléares, que la plupart des plantes vénéneuses qui y croissent jouissent de propriétés plus énergiques que celles des mêmes plantes cueillies dans les environs de Paris; ainsi combien de fois n'ai-je pas observé ce surcroît d'action de la part de la digitale, de la cigüe, etc. : ces résultats ont même été confirmés par quelques expériences que j'ai faites sur les animaux vivans, en 1816, lors de mon séjour dans l'île de Minorque. Néanmoins je suis convaincu que la principale cause des accidens éprouvés par madame N***, réside dans sa constitution particulière, puisque j'ai fait prendre souvent et sans inconvénient à d'autres malades, une dose double de celle qui a déterminé l'empoisonnement. Toutefois il est vrai de dire que les habitans du climat dont il s'agit sont doués d'une susceptibilité particulière qui les rend beaucoup plus sensibles à l'action des médicamens énergiques : on acquiert la preuve de cette assertion en administrant le tartre stibié, l'hydrochlorate d'or, la morphine, l'extrait de noix vomique, etc. ; substances tirées du règne minéral ou de végétaux qui ne croissent pas dans cette île, et dont l'action ne devrait pas être plus forte que celle que l'on observe dans ces climats. 2.º Il est digne de remarque

qu'une *céphalalgie générale très-intense* ait été complètement guérie dans un si court espace de temps, par le moyen du *datura*. Nul doute qu'il ne faille attribuer ce succès à l'action énergique exercée par cet extrait : sans l'empoisonnement, la céphalalgie aurait persisté pendant quelque temps, et en supposant qu'elle fût de nature à pouvoir être dissipée par le *datura*, on aurait observé une gradation dans la diminution des accidens qui auraient fini par disparaître. Quel aura été, dans ce cas, le mode d'action du *datura*?

SUR LES EFFETS DE L'IVRAIE.

A M. ORFILA.

MONSIEUR,

Plusieurs naturalistes remarquant que toutes les plantes des familles les plus naturelles ont à-peu-près les mêmes propriétés, en ont conclu que la nombreuse famille des graminées ne se compose que de plantes innocentes, et que toutes, jusqu'à un certain poiut, sont alimentaires; mais le fait est contesté.

En octobre 1817, étant à Brillon (Meuse), j'avais entendu se plaindre fréquemment d'accidens produits par l'ivraie (*lolium temulentum*. L.), appelée *varge* par les paysans de ce département, qui,

dans beaucoup d'endroits, la détournent avec soin avant de battre le bled : j'étais d'autant plus tenté de rapporter ces accidens au seigle ergoté, que la constitution humide de l'année avait favorisé le développement de cette maladie des céréales, connue sous le nom d'ergot. Je voulus m'assurer, par moi-même, s'il était vrai que l'ivraie n'eût point de qualités malfaisantes, comme le pense M. Mérat (Nouvelle Flore des environs de Paris, page 48.) En conséquence, ayant un jour soigneusement nettoyé un moulin à poivre, je fis moudre une certaine quantité d'ivraie mondée, la farine en fut plusieurs fois passée au tamis. Vers midi, y ayant ajouté un peu d'eau et de levain ordinaire, on laissa la pâte fermenter; le soir, on en fit un pain qui, étant cuit, ne pesait que deux onces six gros. Le lendemain, à sept heures et demie du matin, je mangeai ce pain; je lui trouvai une saveur particulière; faible et un peu désagréable; je ne pris aucun aliment dans la crainte d'empêcher l'action de l'ivraie. Je fus lire dans un jardin voisin, mais bientôt j'eus des distractions; ma vue se troubla; je crus que la lumière du soleil, trop vivement réfléchie par les feuillets de mon livre, causait cette impression; je cessai de lire, et rentrant à la maison j'essayai d'écrire, ma main s'y refusait; j'étais appesanti, lent à concevoir, incapable d'attention. De retour au jardin (il était alors huit heures), je me trouvai dans une sorte de torpeur, accompagnée d'un grand mal-aise, d'une faiblesse générale, la vue incertaine, les facultés intel-

lectuelles obtuses : je fus contraint de m'asseoir et de m'appuyer la tête sur une table. Je m'assoupis, et m'éveillant bientôt, je fis quelques efforts pour vomir. Je voulus sortir du jardin, je ne pus le faire qu'en me traînant le long du mur, mes pas étaient mal assurés, tous mes membres étaient tremblans ; mes mains ne purent tenir un verre d'eau tiède que l'on m'avait apporté et auquel je ne touchai pas, ne voulant rien prendre qui pût me tirer de cet état. Je vomis avec effort quelque peu de pain que j'avais mangé. J'éprouvais un malaise fort incommode ; j'étais défait, abattu, je parlais avec peine. Je me jetai tout habillé sur un lit : je m'endormis et m'éveillai presque aussitôt pour rejeter tout ce que j'avais pris il y avait environ deux heures, mêlé de beaucoup de mucus incolore . ces vomissemens me laissaient à la bouche un goût désagréable. Je me rendormis : à midi je voulus me lever, mais mon état n'étant que peu changé, je retournai à mon lit où je m'assoupis jusqu'à une heure et demie ; c'est alors que je mangeai une soupe, quoique sans appétit. Je fus me promener dans la campagne ; ma lassitude était grande : je m'étendis sur le gazon, et de nouveau je me livrai au sommeil. Le soir, je ne sentais plus que de la faiblesse et une sorte d'inappétence : la nuit, je dormis un peu moins que de coutume. Le lendemain, j'étais à-peu-près dans ma disposition de santé ordinaire ; cependant j'éprouvai toute la journée un sentiment de mal-aise à la région épigastrique, accompagné de rapports d'une saveur désa-

gréable, toute particulière, qui me poursuivit les jours suivans, et que je reconnais encore dans le pain qui contient quelque peu d'ivraie. Je ne remarquai point de changement dans l'état des sécrétions; le trouble général fut cause que je ne pensai point à tenir compte de celui de la circulation et de la respiration.

D'après cette expérience, il me semble que l'ivraie mérite véritablement d'être placée au rang des poisons narcotiques stupéfians; comme eux elle porte spécialement son action sur les systêmes cérébral et nerveux : je ne lui conteste point l'épithète d'*infelix lolium* que lui a donnée Virgile (1).

Je vous communique cette observation : si vous jugez, Monsieur, qu'elle mérite d'être rendue publique, je vous prie de l'insérer dans un des Journaux auxquels vous coopérez, ou dans la première édition qui se fera de votre Toxicologie générale.

Agréez, etc.

F. S. CORDIER,
Docteur-Médecin.

---

(1) Les Allemands appèllent cette plante *tuth*, mot qui veut dire, éblouissement, vertige.

Il nous semble difficile d'élever des doutes sur les propriétés malfaisantes de l'ivraie. Déjà long-temps avant M. Cordier, plusieurs observateurs, parmi lesquels nous citerons Seeger et Parmentier, nous avaient fait connaître les mauvais effets de cette graminée. L'observation que nous venons de rapporter confirme d'ailleurs l'action narcotique du *lolium temulentum.* (*R.*)

NOTICE

SUR LA FIÈVRE JAUNE,

Par M. ORFILA.

LE 10 septembre 1819, quatre jours après notre arrivée à Mahon (dans l'île de Minorque), nous apprîmes pour la première fois, que la fièvre jaune exerçait ses ravages à Cadix, et que sur le continent, on attribuait généralement l'importation de ce fléau, à l'*Asia*, vaisseau de 74, venant de la Havane, et qui pendant son trajet de cette ville à Cadix, avait perdu environ cent-cinquante hommes, par les effets de cette maladie. Cette nouvelle excita d'autant plus notre attention, que le navire Asia se trouvait alors au Lazareth de Mahon, ou il était arrivé depuis plusieurs jours, par ordre des autorités de Cadix. Tout en élevant des doutes sur l'origine supposée de l'épidémie de l'Andalousie, il nous semblait important d'observer attentivement ce qui se passerait à bord de ce vaisseau. Il était à présumer que la fièvre jaune s'y développerait de nouveau, lorsqu'on déplacerait les ballots de marchandises infectées; en effet l'Asia se trouvait alors dans les mêmes conditions qu'à l'époque où la maladie avait regné. Aucune mesure énergique de police sanitaire n'avait été prise, on s'était borné à débarquer quelques ballots de cochenille, et à établir des courans d'air insuf-

fisans pour désinfecter les nombreux objets entassés à bord de ce batiment. La température était de 23 à 24.° th. Réaumur. Les habitans de la ville de Mahon, rassurés jusqu'à un certain point sur leur sort, par l'éloignement du Lazareth, et par le défaut de communication avec le vaisseau, voyaient cependant avec peine l'approche du moment où l'Asia terminerait sa quarantaine, et où la tripulation communiquerait avec eux.

Le 13 septembre, surveille du jour de l'expiration de la quarantaine, un des matelots, âgé d'environ 34 ans, éprouve les symptômes précurseurs de la fièvre jaune; bientôt ces symptômes acquièrent assez d'intensité, pour que le médecin du vaisseau juge à propos de faire transporter le malade au Lazareth, et de le séparer du reste de la tripulation. La Junte de santé de la ville est instruite sur le champ de cet évènement, par le médecin attaché au Lazareth; celui-ci dans son premier rapport, n'ose pas affirmer que la maladie qui fait le sujet de l'observation, soit la fièvre jaune, mais il fait naître de justes soupçons. Les rapports faits le lendemain et le surlendemain à la Junte, semblent confirmer ces soupçons, et répandent l'alarme dans la ville. La Junte de santé croit devoir envoyer tous les médecins de Mahon au Lazareth, pour statuer sur le caractère de la maladie, et on nous fait l'honneur de nous prier particulièrement de vouloir assister à cette consultation. Nous nous rendons sur le champ auprès de ce malade, que l'on avait placé

dans une des chambres vastes et bien aérées, de la portion du batiment, appelée *patente sucia* (patente brute). Voici ce que nous observâmes: le malade était couché sur le côté droit; la sclérotique, la face, le cou, la poitrine, l'abdomen, et les membres abdominaux étaient d'une couleur jaune foncée; les yeux étincelans, saillans hors des orbites, le regard fixe, la langue recouverte d'un enduit de lie de vin, la respiration très-accélérée, gênée, et presque stertoreuse; la prostration des forces extrême, le malade ne répondit à aucune des questions qui lui furent adressées, il semblait ne pas entendre. Nous dûmes borner là notre examen, ne pouvant pas communiquer avec cet individu; mais les médecins du vaisseau et du Lazareth nous donnèrent les renseignemens suivans sur ce qui avait précédé. La maladie débuta par des frissons qui alternaient avec des bouffées de chaleur; bientôt après se manifestèrent des douleurs contusives aux lombes et aux membres, de la céphalalgie, des vertiges, des nausées et un abattement général. Vers la fin du deuxième jour, la sclérotique et la face commencèrent à jaunir; il y eut des vomissemens abondans de matières brunâtres, muqueuses, semblables par la couleur à du marc de café. Le lendemain, on observa des déjections alvines, d'un vert noiratre; l'urine était rouge; la peau avait acquis une couleur jaune presque dans toute son étendue, le pouls était fréquent et développé.

On aura de la peine à croire que le médecin de

l'Asia, pressé sans doute de finir la quarantaine, ait voulu nous persuader malgré l'évidence des symptômes que nous avons rapportés, que l'individu qui fait le sujet de cette observation succombait à une phthisie pulmonaire compliquée de jaunisse : le fait est pourtant réel. Les preuves qu'il croyait devoir émettre pour soutenir son assertion, furent si victorieusement combattues, que nous déclarâmes positivement que la fièvre jaune était au Lazareth, et que l'individu qui en était affecté, était prêt à expirer ; et en effet il mourut trois heures après notre visite. La déclaration que nous fîmes à la Junte de santé, devait d'autant plus fixer son attention, que nous ajoutions que dès la veille, deux autres matelots de l'Asia avaient été transportés au Lazareth, et qu'ils éprouvaient tous les symptômes précurseurs de la fièvre jaune.

Il importait beaucoup de prendre de suite les mesures les plus énergiques pour arrêter la contagion ; nous allons faire connaître en peu de mots les conseils qui furent donnés à la Junte de santé d'après son invitation.

« 1.° Le navire Asia continuera sa quarantaine ; celle-ci ne sera censé commencer que du jour de la mort de l'individu qui était atteint de fièvre jaune, et si pendant sa durée qui doit être de 40 jours, d'autres individus venaient à mourir, le jour du commencement de la quarantaine, serait celui de la mort du dernier individu. »

« 2.° Au lieu de rester pêle-mêle à l'île de la qua-

rantaine avec d'autres batimens venant du Levant, ce vaisseau sera transporté sur le champ à *Cala Taulèra*, bras de mer faisant partie du Lazareth, et propre à isoler le navire infecté. »

« 3.o On s'occupera du débarquement des marchandises, des effets de la tripulation, des câbles, du cordage, etc.; ces différens objets seront disposés à une certaine distance les uns des autres, dans les vastes magasins du Lazareth, où ils seront soumis à une ventilation continuelle. »

« 4.o On débarquera également le gros sable qui constitue le lest, afin de vider entièrement le vaisseau, et de pouvoir y introduire une assez grande quantité d'eau pour le laver à l'intérieur. Toutefois, si le débarquement du lest occasionne trop d'embarras, on pourra se borner à le remuer de manière à pouvoir opérer le lavage : ainsi, on transportera le gros sable qui occupe la poupe (arrière du vaisseau) sur le milieu, et on fera le lavage à poupe : on agira ensuite de la même manière pour le lest qui est au milieu et à proue (avant du vaisseau). »

5.o Les lavages étant opérés, on blanchira l'intérieur du vaisseau à l'aide d'un lait de chaux caustique et éteinte : on appliquera une seconde couche de cet alcali sur la première, lorsque celle-ci commencera à sécher. »

« 6.o On promènera souvent, et dans toutes les parties du navire, les appareils fumigatoires de Guyton-Morveau, et à leur défaut, on placera sur différens points du bâtiment, des terrines contenant

le mélange propre au dégagement du chlore (gaz muriatique oxygéné), savoir, le sel commun, l'oxyde de manganèse, et l'acide sulfurique affaibli. »

« 7.° Dès que ces opérations seront terminées, on fera débarquer toute la tripulation : on placera les individus dans les diverses salles du Lazareth, en ayant soin de ne pas les entasser, et de séparer de ceux qui sont bien portans et robustes, ceux qui sont valétudinaires ou atteints de quelque maladie aiguë.

« 8.° On ne permettra plus aux matelots de faire usage des provisions qui étaient à bord; on leur fournira au contraire tous les jours, des viandes fraiches, des légumes, des fruits, etc. »

« 9.° On se hâtera de leur donner du linge propre, et de les habiller à neuf; les hardes dont ils étaient couverts seront lavées à grande eau, séchées et soumises pendant cinq ou six jours à un courant d'air. »

La Junte de santé, pénétrée de l'efficacité des moyens qui lui étaient proposés, prit les mesures convenables pour les faire exécuter, sinon en totalité, du moins en grande partie, et nous eûmes la satisfaction de voir la maladie cesser presqu'instantanément : le navire Asia termina sa quarantaine le 27 octobre, et toute la tripulation jouissait d'une excellente santé.

FIN DU SIXIÈME VOLUME.

TABLE

DES MATIÈRES

DU TOME SIXIÈME.

FIN DE LA TABLE DES MATIERES.

TABLE DES AUTEURS.

FIN DES TABLES.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.

BULLETINS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

ET DE LA SOCIÉTÉ ÉTABLIE DANS SON SEIN.

1819. — N.° X ET DERNIER.

Articles contenus dans ce Numéro :

Cas de delirium tremens *guéri par l'emploi de l'opium ; par M. le docteur* RAYER.

M. *G.....*, *François*, âgé de 51 ans, marchand de vin, fut conduit à la Maison Royale

de Santé, le 4 septembre 1819. Sa femme me fournit plusieurs renseignemens qu'il importe de rappeler ici. M. *G*. s'établit marchand de vin en 1796. Il a contracté depuis trois ans l'habitude des liqueurs spiritueuses. Depuis cette époque, il a négligé ses affaires domestiques, et n'a pas dérogé, un seul jour, au singulier régime de vie qu'il a adopté. A peine éveillé, il prend, vers six heures du matin, plusieurs petits verres d'eau-de-vie ou de cassis, purs ou mélangés. Peu de temps après, le besoin des liqueurs spiritueuses se renouvelant, il se hâte de le satisfaire. Une pinte d'eau-de-vie ou de cassis suffit à peine aux dépenses de la journée. M. *G*.... mange très-peu : un bouillon ou une soupe animés avec le vin sont ses alimens de prédilection ; il se borne habituellement à leur usage. Si, par hasard, il prend quelques autres alimens solides, il avale sur-le-champ plusieurs petits verres de cassis dans lesquels il ajoute quelques gouttes d'eau. Continuellement dans un état voisin de l'ivresse, il éprouve rarement les accidens qui l'accompagnent lorsqu'elle est portée au dernier degré. Ce régime incendiaire continué, sans interruption, depuis trois ans, n'a pas dérangé manifestement la santé générale de M. *G*. Il a beaucoup perdu de son activité ; il dort ordinairement trois ou quatre heures dans l'après-midi, cuvant les liqueurs dont il s'est gorgé le matin.

Depuis un an, il est sujet aux coliques et à

la diarrhée, allant habituellement six ou sept fois à la selle, tous les jours, et souvent presque immédiatement après avoir mangé. Les coliques chaque mois augmentent d'intensité pendant un ou deux jours; on a compté alors jusqu'à trente garde-robes dans vingt-quatre heures. Pendant tout ce laps de temps, on n'a jamais observé d'altération complète et de quelque durée dans ses fonctions intellectuelles. Cependant la femme de M. *G*.... a remarqué, depuis quelques mois, que tous les soirs, plusieurs heures avant de se coucher, il entamait à-peu-près la même conversation, qu'il suspendait ou reprenait sans motif, et sans qu'on lui adressât la parole. Ses idées se fixaient alors sur deux circonstances particulières qui l'avaient vivement affecté. L'une était la décharge d'un pistolet qu'il avait reçue, toutefois sans en être blessé; l'autre était la perte d'une somme considérable qu'il venait d'essuyer.

Le 30 août 1819, les coliques et le dévoiement habituels ayant beaucoup augmenté d'intensité, M. *G*.... se sentit très-fatigué, resta couché toute la journée, et n'en but pas moins sa dose ordinaire d'eau-de-vie et de cassis.

Le lendemain, à une heure du matin, il eut de nouvelles coliques qui furent suivies de plusieurs selles. Madame *G*...., qui était descendue à sa boutique à cinq heures du matin; étant remontée auprès de son mari, à six heures, le trouva étendu par terre, sans connais-

sance et saignant par la bouche. Une personne appelée reconnut que cette hémorrhagie était le résultat d'une légère plaie de la langue, et attribua les autres accidens à une attaque d'apoplexie. La face était injectée; les membres et le tronc étaient dans une agitation continuelle. On pratiqua sur-le-champ une *saignée de trois palettes*. Elle fut répétée quatre heures après. Le soir, on appliqua 24 *sangsues* au cou, et l'on fit avaler au malade quelques tasses d'une *infusion d'arnica*.

Le 1.er septembre, le malade qui n'avait pas proféré une parole la veille, revint de son abattement pour s'abandonner à un babil intarissable : tantôt il veut aller au port acheter des pièces de vin, tantôt il crie au voleur (il avait renvoyé depuis trois ou quatre jours un domestique infidèle), etc.

Le délire et le babil continuèrent le 2 septembre. (*Tis. d'arnica.*)

Le 3 septembre, le malade était toujours dans le même état. (*Tis. d'arnica, séton à la nuque.*)

Le 4 septembre, même symptômes que les jours précédens. Il demande de l'eau-de-vie et du cassis. (*Tis. d'arnica, pédiluve sinapisé.*) Il se leva la nuit, se dirigea vers la fenêtre, et se serait infailliblement jeté dans la rue, si sa femme, que ce bruit éveilla, ne l'eût retenu. Il lui appliqua un soufflet, et fut se coucher. Voyant que cette maladie ne s'améliorait pas,

madame *G*.... fit conduire son mari à la Maison de Santé.

Lorsqu'il fut dans la chambre qui lui était destinée, il déclara qu'il trouvait très extraordinaire qu'on voulût le retenir. Un instant après, il s'emporta contre la garde-malade, affirmant qu'il était honnête homme, qu'il ne pouvait rester plus long-temps, que ses affaires l'appelaient en ville, etc. (*On lui passa la camisole.*) Toute la nuit, il ne cessa de parler de ses occupations domestiques. (*Tis. de feuilles d'oranger, julep calmant.*)

Le 5 septembre, je pris les notes suivantes sous la direction de M. le professeur *Duméril*, qui a soigné le malade : taille moyenne, cheveux noirs, embonpoint assez considérable ; tête grosse, col court, face régulière, yeux non injectés, poitrine sonore, ventre tendu et non douloureux, même à la pression ; langue rougeâtre, mais non déviée ; déglutition facile, pouls fréquent, urine chargée, respiration libre ; voix rauque, membres thoraciques agités de mouvemens continuels, inégaux et irréguliers ; nulle trace de paralysie ni même de diminution de la sensibilité dans les membres ; jeu très-remarquable des tendons et des muscles des avant-bras ; loquacité, idées vagues, réponses nulles ou déraisonnables ; discours interrompus, mais se rattachant aux affaires domestiques ; sueur abondante, gluante

et fétide. (*Deux mixtures anodines*; *limonade tartarique*) [1].

La nuit, l'agitation et le babil continuèrent. Insomnie complète.

Le 6, le babil et les tremblemens des membres avaient cessé. (*Deux mixtures anodines*, *limonade tartarique*.)

Le malade paraît affaissé et s'assoupit dans le jour. Il répond juste à quelques questions. Nuit tranquille, propos vagues, sans idée fixe.

Le 7, M. *G*. témoigne son étonnement d'avoir été malade, et de se trouver dans une maison étrangère. Au reste, idées suivies, jugement sain, réponses justes, rétablissement complet des fonctions intellectuelles, pouls naturel, lassitude dans les membres.

M. *G*.... resta encore plusieurs jours à la Maison de Santé; on lui fit prendre des bains tièdes et des boissons mucilagineuses qui calmèrent des coliques habituelles. Il sortit parfaitement rétabli.

---

(2) *Mixture anodine :*

♃ Laudanum liquide de Sydenham.	Deux scrupules.
Eau de fleur de sureau.	Sept onces.
Sirop simple.	Demi-once.

PORTION de l'oreille droite entièrement séparée, méthodiquement réappliquée, et complètement réunie; observation du docteur MAGNIN, aide-major aux chasseurs de la Meuse, etc. Communiquée par M. le Baron PERCY.

> *Nil radicis egent aliæ; summumque putator*
> *Haud dubitat terræ referens mandare cacumen.*
> *Quin et caudicibus sectis (mirabile dictu)*
> *Truditur è sicco radix oleagina ligno.*
>
> VIRG., Georg., lib. II, vers XXX.

Lahalle (*Augustin*,) chasseur au troisième escadron des Chasseurs de la Meuse (13.e), en garnison à Charleville, reçut le 2 septembre 1819, un coup de sabre sur la partie latérale droite du crâne, qui fit une plaie pénétrante jusqu'à l'os et de la longueur de trois pouces environ, depuis la partie supérieure du pariétal droit jusques et au niveau du conduit auditif externe; là, l'instrument étant relevé, coupa entièrement la partie de l'oreille située au-dessus de cette ouverture, et la sépara de la portion inférieure restante.

Lahalle, conduit chez moi sur le champ, portait, dans le mouchoir qui enveloppait sa tête et arrêtait le sang de sa blessure, la portion d'oreille séparée. Je m'occupai d'abord de la plaie du crâne, et j'arrêtai, par la réunion, l'hémorrhagie qu'une artériole divisée entretenait depuis son origine. Restait l'oreille déta-

chée : le blessé et ses camarades me disaient de la jeter, ne croyant pas qu'elle pût et dût se réunir ; mais je me serais bien gardé de perdre une si belle occasion de vérifier l'observation de *Garengeot* et du docteur *Balfour*, et de mettre à exécution les préceptes que l'illustre professeur, M. *Percy*, développe à ce sujet, dans le Dictionnaire des Sciences Médicales, (article *Ente animale*).

En conséquence, je réappliquai de mon mieux cette partie d'oreille détachée ; deux morceaux d'emplâtre agglutinatif, placés l'un du côté interne, l'autre du côté externe, la maintinrent en contact immédiat ; de la charpie mollette fut placée tout autour de l'oreille, et un bandage légèrement serré soutint le tout.

Le quatrième jour, la plaie du crâne suppurant un peu, je levai l'appareil : ayant examiné l'extrémité supérieure de l'oreille divisée, je la trouvai pâle et froide, et le malade me dit n'y éprouver aucune douleur. J'en augurai mal. Je laissai néanmoins intacts les morceaux d'appareil qui la maintenaient, et ce ne fut que le dixième jour que je détachai seulement celui que j'avais appliqué du côté interne. Mon étonnement fut grand, en voyant l'oreille recollée et parfaitement reprise, sans suppuration. Pour plus grande sûreté, et pour éviter que le malade, assez impatient de son naturel, n'y portât trop les mains, je laissai l'autre portion d'emplâtre en place jusqu'au quinzième jour.

Alors la plaie du crâne se trouvant aussi guérie, j'enlevai le tout. L'oreille est solide, bien cicatrisée, de couleur et sensibilité naturelles; sa cicatrice linéaire et entièrement circulaire, démontrait aux plus sceptiques l'évidence d'un fait dont j'aurais d'ailleurs pour témoin, tout mon régiment.

DÉPRESSION considérable de l'os pariétal gauche, survenue sans accidens graves. — Observation par M. JANNIN, chirurgien à Lagny.

J. P. *MÉDARD-VEAU*, manouvrier à Lagny-sur-Marne, était à travailler dans un cellier le 7 octobre 1818 : il disposait pour faire des chantiers, des pièces de charpente de sept à huit pouces d'équarissage. L'une d'elles, dressée contre le mur, vint à être ébranlée, et tomba sur la tête de cet ouvrier, qui en supporta tout le choc sans être renversé, et il n'en ressentit d'abord qu'un violent étourdissement.

Quelques instans après, le blessé se présenta chez M. *Jannin*. Il était fort pâle, et il n'éprouvait que quelques tremblemens dans les membres. Il portait cependant, à la partie moyenne du pariétal gauche, une dépression de l'os, de près de deux lignes de profondeur, sur une étendue de deux pouces de long et sur un de large.

Le blessé n'éprouvait aucun symptôme de commotion ; mais pour obvier aux accidens qui pouvaient arriver, M. *Jannin* crut devoir faire une saignée du bras, ordonner des pédiluves, prescrire la diète, faire tenir le ventre libre, et recommander le repos. Il ne survint aucun des accidens si ordinaires en pareil cas.

Depuis plus d'un an, il jouit d'une bonne santé : il peut porter sur la tête de très-fortes charges, et il n'a éprouvé que quelques épistaxis qui lui sont survenus presque subitement, sur-tout lorsqu'il a fatigué un peu plus que de coutume, son état de portefaix l'assujettissant à de violens exercices qui ne se répètent qu'à des intervalles fort variables.

SÉANCES DE LA FACULTÉ.

16 *Décembre* 1819.

L'Assemblée charge la commission précédemment nommée pour s'occuper, conjointement avec une commission prise dans le sein du Conseil des hospices, des moyens d'obtenir des sujets d'anatomie, d'écrire par l'organe de M. le Président au Conseil des hospices, que la Faculté a appris avec plaisir le résultat des conférences qui ont eu lieu à cette occasion, et pour prier le Conseil de faire exécuter la décision qui est résultée de ces conférences.

La séance a été d'ailleurs consacrée à des objets d'administration intérieure.

30 *Décembre.*

L'Assemblée entend la lecture d'une lettre, dont elle ordonne l'insertion textuelle au procès-verbal.

Les Membres composant le bureau de la Société Philantropique, à Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine.

« MONSIEUR LE DOYEN,

» Lors de la création des dispensaires, la Société
» Philantropique jugea qu'il ne lui appartenait pas
» d'apprécier le mérite des sujets qui se présen-
» taient pour remplir les places de médecins et de
» chirurgiens, elle s'adressa en conséquence à la
» Faculté de Médecine, alors présidée par M. Thou-
» ret, qui eut la bonté de convoquer une assem-
» blée, et qui, d'après la discussion qui y fut établie
» et la décision qui y fut prise, voulut bien en-
» voyer à la Société une liste d'un nombre de chi-
» rurgiens et d'un nombre de médecins triple de
» celui qui devait être nommé. Il eut même le soin
» de joindre au nom de chaque candidat une note
» qui indiquait les motifs du choix, et de disposer
» ces noms dans un ordre qui fixait d'abord l'atten-
» tion sur ceux qui paraissaient mériter la préfé-
» rence.

» Nous demandâmes une liste triple, et nous
» nous réservâmes le droit de choisir, parcequ'outre
» le talent et le mérite, il se trouve encore des
» convenances relatives aux besoins des dispensaires,

» aux localités et à d'autres objets dont le comité de
» la Société peut être juge.

» Les sujets qui nous furent alors désignés ont
» tous acquis beaucoup de réputation et plusieurs
» remplissent des places importantes : ceux qui
» n'avaient pas été nommés lors de la création des
» dispensaires y ont été employés lorsqu'il y a eu
» des mutations, et que leurs occupations ne les ont
» pas empêché d'accepter.

» Lorsqu'après l'épuisement de la première liste
» et la création de deux nouveaux dispensaires,
» nous avons été obligés de faire d'autres nomina-
» tions, nous nous sommes encore adressés à la Fa-
» culté, et vous avez bien voulu, Monsieur le Doyen,
» la consulter et nous envoyer une nouvelle liste.

» Mais cette liste est ancienne; plusieurs de ceux
» qui y sont portés ont maintenant d'autres places, ou
» sont absens, ou n'ont pas assez de loisirs pour se
» charger d'un travail qui exige beaucoup d'acti-
» vité : des sujets qui avaient été d'abord désignés
» comme chirurgiens, se sont attachés à la méde-
» cine : depuis cette liste reçue, soit de vous,
» Monsieur le Doyen, soit des médecins et chirur-
» giens les plus célèbres de la capitale, il nous a été
» adressé des recommandations qui sont du plus
» grand poids, mais qui ne sont pas dans la forme
» légale, puisqu'elles ne sont pas le résultat d'une
» décision prise par la Faculté en corps; enfin le
» nombre des sujets portés sur ces listes, est de-
» venu si considérable que nous sommes embarrassés
» sur le choix.

» Nous avons maintenant à nommer huit méde-
» cins-adjoints et cinq chirurgiens-adjoints, et nous

» venons de nouveau réclamer les lumières du » corps illustre dont vous êtes le Doyen.

» Nous vous prions donc, Monsieur, de vouloir » bien obtenir de MM. les Membres de la Faculté, » qu'ils se réunissent pour nous désigner sur deux » listes distinctes vingt-quatre médecins et quinze » chirurgiens choisis parmi les jeunes docteurs qui » vous paraissent les plus capables de remplir ces » fonctions de bienfaisance que nous voulons leur » confier.

» Quoique nous ne puissions nommer dans ce mo- » ment qu'un tiers des sujets que vous nous désigne- » rez, tous se trouveront également honorés d'être » placés sur la liste que vous aurez la bonté de nous » adresser ; d'ailleurs nous choisirons sur cette » même liste lorsqu'il y aura d'autres mutations.

» Comme presque tous ceux qui désirent être » employés dans les dispensaires, ont déjà été pré- » sentés soit par la Faculté, soit par des professeurs, » nous joignons leurs noms à cette liste, afin que, sans » faire de nouvelles recherches, vous puissiez choi- » sir parmi eux les vingt-quatre médecins et les » quinze chirurgiens qui vous paraissent avoir le » plus de droits.

» Nous sentons tout le prix du service que la » Faculté va nous rendre : il est également impor- » tant pour les malades et pour les jeunes médecins » dont elle désire employer les talens, et nous ne » doutons pas qu'elle accueille favorablement la de- » mande que nous lui faisons par votre organe.

» Nous avons l'honneur d'être avec une haute » considération, M. le Doyen, vos, etc.

» *Signé* PASTORET, DELEUZE, BARON. »

La Faculté voulant répondre à la confiance que lui témoigne la Société philantropique, arrête qu'il sera présenté une liste de vingt-quatre candidats pour les places de médecin, et quinze pour les places de chirurgien vacantes; que dans chaque liste les candidats seront partagés en trois séries, suivant leur mérite aux yeux de la Faculté; mais que dans chaque série, comme il serait difficile, et même impossible d'établir un ordre de mérite, les candidats seront placés dans un ordre alphabétique pour ne rien préjuger sur leurs droits, et pour faire voir que la Faculté les présente *ex æquo*, et sur une même ligne.

Liste des Candidats médecins *présentés par la Faculté de Médecine à la Société Philantropique.*

Première série. MM. *Adelon*, *Bricheteau*, *Chapotin*, *Delens*, *Parent*, *Pavet*, *Rayer*, *Rochoux*.

Deuxième série. MM. *Beaudenom-Lamaze*, *Bourgeoise*, *Cousin*, *Delarroque*, *Legras*, *Patissier*, *Patrix*, *Vallerand-Delafosse*.

Troisième série. MM. *Barbolain*, *Beaufils*, *Desnouet*, *Guérin-Desbrosses*, *Londe*, *Louyer-Villermay*, *Martin* (SOLON), *Villermé*.

Liste des Candidats chirurgiens *présentés par la Faculté à la Société Philantropique.*

Première série. MM. *Dechegoin*, *Hervez*, *Jadioux*, *Le Bel*, *Lisfranc*, *Sanson*.

Deuxième série. MM. *Bichebois, Hereau, Janin, Juville, Moulin.*

Troisième série. MM. *Bergeron, Barrangeard, Bouneau, Sarlandière, Tanchon.*

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ.

10 *Décembre.*

M. *Husson* a présenté de la part de M. *d'Ivernois*, qui s'occupe d'une manière spéciale de corriger cette sorte de difformité connue sous le nom de *pied-bot*, un brodequin garni d'un mécanisme simple et à découvert, qu'il emploie avec succès, et une série de modèles en plâtre, avant et après que les individus ont été soumis à ses appareils :

1.° Un pied-bot accidentel, qu'on nomme ordinairement *Equin* (*equinus*), chez un jeune homme de 23 ans, guéri en une année de traitement ;

2.° La même difformité avec paralysie des muscles fléchisseurs du pied, chez une D.lle de 13 ans, guérie en six mois de traitement ;

3.° La même difformité avec semblable paralysie, chez un jeune homme de 16 ans, guéri en trois mois ;

4.° Un pied-bot de naissance, sans paralysie, chez un enfant de 12 ans, guéri en dix mois ;

5.° Semblable difformité chez un enfant du même âge, guéri après cinq mois de traitement.

La Société a vu avec intérêt ces modèles, et sur la demande de plusieurs de ses membres, elle arrête que la Commission anciennement désignée pour s'oc-

cuper de cet objet, sera invitée à rédiger le travail dont elle s'est chargée, en y joignant les observations qu'elle pourra faire dans les hôpitaux. En conséquence la Commission se trouve définitivement composée de MM. *Percy*, *Léveillé*, *Béclard*, *Thillaye* fils, et *Husson*. La Société arrête en outre, que MM. *Baffos*, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfans, et *d'Ivernois*, dont les travaux viennent d'occuper l'Assemblée, seront invités à vouloir bien s'adjoindre à la Commission.

On donne lecture d'un mémoire de M. *Sommé*, correspondant à Anvers, contenant la description d'un nouveau bandage pour la fracture de la clavicule. MM. *Dupuytren* et *Léveillé* sont nommés commissaires.

M. le docteur *Rayer* donne lecture d'une observation détaillée sur un cas bien évident de *delirium trémens* guéri par l'administration de l'opium. (Cette observation est consignée dans ce numéro du Bulletin).

M. *Percy* soumet à l'examen des membres de la Société des moxas composés de manière à limiter ou à augmenter l'action du feu sur les tégumens. Quelques-uns sont uniquement composés du centre médullaire de la plante nommée grand soleil de jardin (*helianthus annuus*). M *Percy* met ces différens moxas à la disposition des membres de la Société qui en désirent.

Du 21 Décembre.

M. le chevalier *Byerley* écrit à la Société pour lui annoncer le décès de M. le docteur *Adam*, corres-

pondans, et adresse un mémoire de M. le docteur *Willam Hutchinson*, membre du Collège des Chirurgiens de Londres, portant le titre *d'Observations sur le mode d'action et sur les effets de la digitale pourprée.* Ce mémoire est réservé pour la lecture.

M. *Guizot*, Conseiller-d'Etat, Directeur de l'Administration communale et départementale, transmet, pour être déposé dans les archives, un mémoire de M. *Maynenc* de Concovès, département du Lot; relatif aux maladies qui ont régné dans ce pays; et sur le contenu duquel la Faculté a fait un rapport favorable.

M. *Gilgaut*, officier de santé à Conges, département de la Marne, adresse deux observations, l'une sur un cas singulier d'une double invagination des intestins; l'autre sur une hernie congéniale du foie. Ces deux mémoires sont réservés pour la lecture.

M. *Destrés*, D.-M. à Vailly-sur-Aisne; adresse un mémoire sur *la nature, les causes, le pronostic des fièvres intermittentes gastriques, avec l'indication d'une méthode certaine pour les guérir.* Ce mémoire est réservé pour la lecture.

M. *Duval* rend un compte verbal de l'ouvrage de M. le docteur *Asselin*, D.-M. à Caen, sur la Topographie médicale de Vire. Sur la proposition du rapporteur, le nom de ce médecin sera rappelé à la Société quand elle s'occupera de l'élection des correspondans.

M. *Paul Dubois* présente à l'examen des membres de la Société un individu qui, après avoir introduit dans son estomac une lame de fer-blanc, l'avait

laissé échapper. Cette lame, après être restée dans le corps pendant près d'une année, avait déterminé un abcès dans la région inguinale droite; elle a été extraite par M. *P. Dubois*, qui promet de donner l'observation par écrit.

M. le professeur *Dupuytren* a présenté à la Société un second individu auquel il a extirpé le pénis affecté de cancer jusqu'à l'insertion des corps caverneux. La peau qui revêt le pubis, le tissu fibreux qui est au-devant de la symphyse, la moitié de celle qui forme les bourses, étaient squirrheux et ulcérés. Toutes ces parties ont été enlevées, et aujourd'hui, un peu moins d'un mois après l'opération, ces plaies sont cicatrisées, et le malade rend à volonté ses urines par une fistule organisée derrière les bourses, à un pouce en avant de l'anus.

M. *Esquirol* lit une notice sur l'état des hôpitaux où l'on traite les aliénés en Espagne et en Italie. Cette lecture devra être continuée dans la séance suivante.

C. DUMÉRIL, *Secrétaire.*

FIN DU SIXIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIERES

CONTENUES DANS LE VI.e VOLUME DES BULLETINS,

Pour les années 1818 et 1819.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS

DONT IL EST FAIT MENTION DANS LE VI.me VOLUME DU BULLETIN.

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.